

No.

中華人民共和国
高齡化問題に関する情報収集・確認調査
最終報告書

平成 26 年 6 月

(2014 年 6 月)

独立行政法人 国際協力機構 (JICA)

委託先 中国社会科学院社会学研究所

中国事

JR

14-01

目 次

序文	小中铁雄 1
課題報告書の説明	課題グループ 3
調査地域での現地訪問	課題グループ 5
課題グループ全体報告	7
日中高齢者介護比較研究総報告書	課題グループ 9
中国の都市部・農村部の高齢者人口状況分析報告書	王 晶 66
中国の調査地域サブ報告	91
北京市高齢者介護事業の苦境、対策と活路	王 穎 93
上海市の高齢化と高齢者向けサービスの調査報告書	房莉傑 125
青島市介護サービス調査報告	史雲桐 143
成都市高齢者サービス調査報告	王 晶 170
西安市の高齢化・高齢者介護調査報告	張文博、劉雨龍 189
大連市高齢者サービス調査報告	馬 原 213
客員研究員個別学術研究報告	233
高齢者ケアの思想と実践：中日比較研究	羅紅光 235
附属書：高齢化に関する法律法規、政策文書、標準規則及び研究報告集	265

序 文

国際協力機構（JICA）は、日本の政府開発援助（ODA）を一元的に行う機関として、開発途上国の平和構築や持続的な経済・社会発展に寄与するため、世界 150 以上の国と地域で事業を展開しています。中国への協力は 1979 年から始まり、90 年代以降は政策・制度面での知的支援を重視しつつ、環境や感染症等地球規模の課題を中心に取り組んでいます。

高齢化分野においては、「農村社会養老保険制度整備調査」、「上海医療福祉関係人材養成事業」、「陝西省における介護人材育成支援事業」をはじめ、年金、介護、医療福祉、リハビリ、家庭保健、建築関連の 12 件の協力案件を実施してきました。近年、日中両国の急速な高齢化が進んでいる中、高齢化対策に関する知見・情報共有のニーズも高まっています。中国の高齢化の現状と課題を整理し、日中両国にとって意義のある協力の対象課題・方法を検討するため、「高齢化問題に関する情報収集・確認調査」を中国社会科学院社会学研究所に委託して実施しました。

中国社会科学院社会学研究所は、11 人の調査チームを編成し、中国政府、企業、研究機関を含めた関係者へのインタビューを行うとともに、6 つの調査対象地域（北京、上海、青島、成都、西安、大連）における現地調査・文献調査等の作業を経て、ここに本報告書完成の運びとなりました。

今回の調査実施にあたっては日中双方、多くの皆様に多大なご支援を賜りました。厚く御礼を申し上げます。JICA は今後も日中双方の政府、NGO、大学、自治体、企業の皆様のお力添えをいただきながら、高齢化という日中共通の課題に対するナレッジシェアの場を提供していく所存です。本報告書が、高齢化課題に取り組む皆様のお役に立つことを切に願いつつ、引き続き JICA に対するご指導、ご支援賜りますようお願い申し上げます。

平成 26 年 6 月 25 日

独立行政法人 国際協力機構
中華人民共和国事務所
所長 小中鉄雄

課題報告書の説明

2013年、独立行政法人国際協力機構（Japan International Cooperation Agency、以下「JICA」という）中華人民共和国事務所は、中国社会科学院社会政策研究センターに「高齢化問題に関する情報収集・確認調査」の実施を委託した。同センター課題グループのメンバーは、王春光（研究員、課題総責任者）、羅紅光（研究員）、王穎（研究員）、房莉傑（副研究員）、史雲桐（補佐研究員）、王晶（補佐研究員）、張文博（博士研究員）、楊雪（博士研究員）、馬原（博士研究員）、劉雨龍（博士課程大学院生）、王志敏（修士課程大学院生）ら11人である。本課題報告書は、課題グループが当該調査に基づき共同執筆したものである。

業務委託契約の業務指示書及び関連する協議に記録された取り決めにより、本課題の目的は以下の通りである。すなわち、中国の高齢化の現状及び対策についての課題を整理し、中国の参考となるべき日本の高齢化対策についての知識と経験を抽出し、日中両国に寄与する協力課題とその方法を検討することである。具体的な調査分野は、高齢化対策、日中比較研究、人口及び社会経済の分析、社会保障及び医療、高齢者向け産業及び市場の調査、都市・農村計画及び生活環境、高齢者介護サービスの人材育成、社会活動への参加及び雇用、データ処理等の各分野である。調査実施にあたっては現地調査と文献調査の2部に分け、現地調査の対象を最終的に北京・上海・青島・成都の4地域とした。文献調査の対象は西安・大連の2地域とした。この区分に基づき、課題グループを以下の6つの調査チームに分けた。北京調査チームは王穎、史雲桐、楊雪、王志敏の4人とし、王穎を責任者とした。上海調査チームは王春光、房莉傑、馬原の3人とし、房莉傑を責任者とした。成都調査チームは王春光、王晶、張文博、馬原、王志敏の5人とし、王晶を責任者とした。青島調査チームは王穎、房莉傑、史雲桐の3人とし、史雲桐を責任者とした。西安調査チーム（JICAプロジェクト・陝西工運学院への実地訪問を含む）は張文博、劉雨龍とし、張文博を責任者とした。大連調査研究チームは馬原、王志敏とし、馬原を責任者とした。以上の各調査チームにより、6つの地域別報告書を完成させた。

調査実施及び地域別報告書の執筆を行ったうえで、課題グループは「日中高齢者介護比較研究全体報告書」及び「中国の都市部・農村部の高齢者人口状況分析報告書」をまとめた。前者では、中国の高齢者介護サービスの発展の現状と地域での取り組みを総括した上で、いくつかの対策案と日中の協力の可能性を提示した。後者では、主に都市部・農村部の人口及び社会経済、生活環境等について定量分析を行った。また、課題グループの羅紅光・客員研究員は、思想と実践の両面から日中の高齢者介護サービスの取り組みについて比較研究を行い、別に独立した学術研究報告書「高齢者ケアの思想と実践：中日比較研究」をまとめた。

本課題報告書の主要部分は、課題グループ全体報告書（2編）、中国調査地域別報告書（6編）、及び客員学術研究員の学術研究報告（1編）の3部構成となる。

中国社会科学院社会政策研究センター課題グループ

2014年6月

調査地域での現地訪問



成都市第一社会福祉施設を取材訪問



成都市青羊区汪家拐街道社区での座談会



成都市青羊区頤康中老年サービスセンターでの座談



成都市温江区万春鎮大同
高齢者思いやりセンターでの座談会



成都市大邑県敬老院での座談



成都市大邑県安仁鎮農村社区での座談会



青島福彩老人ホームにて撮影



青島市南区模範社区にある高齢者デイケアセンター



西安 JICA プロジェクト実施場所を取材訪問



陝西工運学院高齢者サービス・管理学部での座談

課題グループ全体報告

日中高齢者介護比較研究総報告書

中国社会科学院社会政策研究センター課題グループ

「高齢者介護政策」を論じるにあたり、一般的には経済保障と介護サービスの2つの方面から理解される。経済保障が主に対象とするのは労働市場から引退した健康な高齢者であり、定年退職金や養老保険（国家规定の社会保険。日本の年金に相当する——訳注）の形で高齢者の一定水準の物的生活を維持する。一方、介護サービスは高齢者を対象とするサービスで、狭義の介護サービスは、生活機能障害の高齢者に対する長期的な介護であり、それは連続的な医療看護と生活ケアである。高齢者の体力低下は免れないもので、生活機能障害の結果はほとんど不可逆的であるとはいえ、予防保健に関するサービスを通じて慢性病や生活機能障害のリスクを下げ、健康、自立生活の寿命を延すことができる。したがって、「高齢者介護」は医療ケアと生活ケアに分けられ、さらに高齢者向けの医療ケアは健康管理サービスと長期介護における介護、後者は医療ケアと生活ケアに分けることができる。どの分類を採用するにしても、「高齢者介護」の内容はどれも同じである。これら3部分が本報告書で論じる内容である。

一、日本の高齢者介護の現状と中国に対する示唆

（一）日中比較の意義

21世紀に入ってから中国は高齢化社会に突入した。高齢化の急速な進行に伴い、高齢化に対する注目が次第にヒートアップしている。先進国が高齢化社会に突入した時期はいずれも中国よりも早く、高齢化の進行の中で定着した対処システムが構築されている。したがって、先進国の対策に対する研究は中国国内の政策の設計にとって非常に必要性が高い。中でも日本の経験は中国にとってとりわけ参考価値がある。その理由は、以下のとおり。

第一に、日中の高齢化の進行に傾向が接近している。

世界的にみて、欧米の先進国は19世紀の半ば頃から次第に高齢化社会に入った。その人口構造の変化の原因は主として1人あたり平均寿命の延長及び工業化がもたらした出生率の自然低下である。したがって、これらの国において、我々が目にす

るのは比較的ゆったりとした高齢化のプロセスである。国際社会においては、65歳以上の高齢者人口の比率が7%から14%、即ち2倍になるまでの時間によって人口高齢化の速度が評価されている。フランスが要した時間は115年、スウェーデンは85年、英国、ドイツ、イタリアはそれぞれ半世紀である（表1参照）。

しかし、東アジアでは、日本は高齢化社会に突入した時期は欧米よりも遅いとはいえ、高齢化の速度は欧米よりも速く、中国とそのプロセスが似ている。それが反映するのは両国の第二次世界大戦後の社会経済成長の相似性である。第二次世界大戦後、日本はまず低い出生率と平均寿命の延長を経た。一方、中国は第二次世界大戦後の高い出生率を経て、1960年代から80年代にかけて政府主導の一人っ子政策によって出生率が顕著に低下した。欧米と異なる変遷のプロセスを経て、日本は1970年代に、中国は20世紀末から21世紀初めにかけてそれぞれ高齢化社会に突入し、その速度は欧米を遥かに超えている。日本で、65歳以上の人口が7%から14%に増えるのに要した時間はわずか24年である。予測では、中国は25年かかると見られている（表1参照）。欧米諸国と異なり、日中は「急激」な高齢化による多大な課題に立ち向かわなければならず、調整や緩和の時間的な余裕はそれほどない。

表 1：国別の高齢化の速度比較

	高齢者人口が総人口に占める比率			経過した時間（年）	
	7%	14%	20%	7~14%	14~20%
	年	年	年		
日本	1970	1994	2006	24	12
韓国	2000	2018	2026	18	8
中国	2000	2025	2034	25	9
フランス	1864	1979	2020	115	41
スウェーデン	1887	1972	2012	85	40
イタリア	1927	1988	2007	61	19
英国	1929	1976	2021	47	45
ドイツ	1932	1972	2012	40	40
米国	1942	2013	2028	71	15

出所：Health System Transition: Republic of Korea, European Observatory、WHO より

第二に、日本と中国は伝統文化において強い相似性があり、社会経済の発展においては勾配構造を呈しており、それは健康サービスの分野にも反映されている。

日本と中国はいずれも東アジアの国に属し、文化的伝統などに関して相似性が非常に高い。いかなる制度も一定の文化的背景に組み込まれているのであることから、

高齢化への対応策を論じるにあたって、必然的に文化的背景を踏まえた上で分析する必要性が生まれる。とりわけ、日中の伝統的文化においては、家庭は特に重要な位置を占め、家庭が社会統合の基礎であるため、高齢者政策の設計にあたり、家庭をどのように位置づけるかが、高齢者政策そのものの実施効果に影響するだけでなく、社会の統合や社会の安定にも影響を及ぼす。したがって、日本の高齢者政策の変遷プロセスを知り、政策の変遷が伝統的な観念と社会統合に及ぼした影響を知ることが強く求められている。

文化的背景、高齢化のプロセスに相似性が見られるほか、日本と中国は経済、社会の成長に関して異なる段階にある（表2参照）。日本は古株の先進国で、経済的な先進性以外に、日本は中国よりも30年早く高齢化社会に入ったのであり、高齢者対策の実施も中国に先んじている。現在、日本の人口平均余命は世界一で、世界で高齢化が最も進んだ国の一つである。深刻な高齢化がもたらした負担を抱えているにも関わらず、日本の高齢化対策の効果はほとんどの先進国より優れている。日本の健康政策と高齢者政策は幾度かの調整を経て、相対的にみて、かなり成熟し、充実しており、「先進」という言葉で形容できる。

一方、中国は急速に発展を遂げる発展途上の段階にあり、30年の高度経済成長を経る一方で、社会の発展は明らかに遅れている。高齢者政策と健康政策は現段階でまだ構築され始めたばかりである。日本の高齢化において蓄積された経験と教訓を学ぶことは中国にとって大きな参考価値がある。

表 2：国別の人口、健康、経済指標（2007年）

国家	平均余命	健康寿命	60歳以上の人口	1人あたり GDP（米ドル）
世界平均	68	59	11%	9,872
低所得国	57	49	5%	1,534
中低所得国	68	61	9%	4,461
中上所得国	70	61	12%	11,926
高所得国	80	70	20%	36,292
日本	83	76	28%	34,600
韓国	79	71	15%	24,750
中国	74	66	11%	5,370

出所：世界保健機関 「2009年世界衛生統計」、世界保健機関のウェブサイト、www.who.int

（二）日本の高齢者介護政策の発展と有効性

1970年代以後、日本は高齢化社会に入り、一人暮らしや独居高齢者が増加し、病気を患い長期間ベッドに横たわる高齢者、痴呆性高齢者を世話する者がいないとい

ったことが社会問題となった。世帯構造の変化と社会の扶養意識の変遷により、家族構成員は仕事の放棄や家での介護や世話を望まなくなった。それにより、多くの病気を抱えた高齢者が病院へ殺到し、医療資源の緊迫や医療費の激増といった現象をもたらした。この「治療の必要がないが、介護を受けるために入院」する現象は「社会的入院」と呼ばれる（楊鏗、2010）。高齢者介護と「社会的入院」がもたらす一連の社会問題を解決するため、1980年代以後、日本政府は中長期計画を立て、以下のプロセスをたどってきた。1983年に「老人保健法」を發表し、医療を主体とする高齢者医療保障を是正し、予防保健に注目するようになった。1986年、「老人保健法」を改正し、高齢者保健施設を増やし、在宅介護を主体とする保健、疾患の早期予防を強化した。1989年から、「高齢者保健福祉推進10か年戦略」、即ち「ゴールドプラン」を開始し、10年間で在宅介護を付帯した介護施設の緊急整備、ホームヘルパーの養成などが本施策の柱として掲げられた。その後の10年間で、高齢者医療モデルを介護モデルへの転換をほぼ実現した。2000年から高齢者介護を対象とした「介護保険制度」を開始し、保険の形式で高齢者長期介護をめぐる資金拠出の問題を解決した。

日本の現在の衛生政策は過去と比べ、または他の大多数の国と比べて、とりわけ発展途上国に比べて、その資金拠出とサービスをより重視している。一つ目は予防保健である。日本政府は、中年期の健康維持は高齢期の健康に重大な影響を及ぼすと考え、生活習慣病の総合対策を重点的な介入手段として、1983年の「老人保健法」において、40歳以上のすべての人口に予防保健サービスを提供すると定めた。1991年の評価報告書によると、このような中年期の健康介入は、確かに高齢者の入院サービスの利用を効果的に低下させる（Tatara et al., 1991）。その後、この考え方は次第に強化され、1994年には「保健所法」（1947年公布）が廃止される代わりに「地域保健法」が公布され、公衆衛生の重点は、特定の疾患の予防ではなく、好ましい生活習慣に対する介入であると主張した。2008年になると、生活習慣病予防の視点から、医療保険の運営機関が実施する健康診断と保健指導制度を引き入れた。このような生活習慣病に対する総合的な介入は短期的には顕著な効果を挙げなかったとはいえ、中長期的な角度からみると健康寿命を延長し、医療費を減らす重要な手段となる。まさに「保健費を抑える最も効果的な方法は公衆衛生の保持である（reducing health care cost by keeping people healthy）」（Kozo Tatara, etc., 2009）。

二つ目は介護である。日本の高齢者の健康サービスはすでに医療モデルから介護モデルへの転換を遂げた。日本は全面的で充実した、家庭まで延長された介護以外に、療養用ベッド34万床と看護用ベッド72万床が全部のベッド総数の45%を占めている。こうして高齢者の病院での入院サービスの利用を大幅に抑制できる。なお、

日本の長期介護は、高齢者の自立のサポートを理念としており、高齢者を受動的な援助対象とみなしていないことは注目に値する。高齢者介護の三原則は、1) 高齢者の自己意思を尊重し、周囲の人がそれを支持する。2) 現時点の能力に着目し、その自立を支える。3) 現時点の生活と隔絶せず、持続的な生活を維持する（蔡驩、2004、宮島俊彦、2010）ことである。このほか、日本は家庭の長期介護における役割を非常に重視しており、それは在宅介護を主体とする長期介護モデルのみならず、家族構成員と親族による高齢者の世話を奨励する優遇政策にも反映されている。例えば、低価格の「親子三世同居」式住宅を開発し、入居を希望する家庭に優遇貸付を提供している。高齢者を扶養する親族については、一部の所得税と住民税を控除する。こうした政策は資源の節約への配慮だけでなく、日増しに深刻化する家庭の疎遠化を緩和し、高齢者に一家団欒の楽しみを味わえるようにすることが配慮されている（尹銀、2009）。

前述の総合的な手段の下で、日本の医療費は効果的に抑えられた。図1に示すように、1995年から2006年にかけて、医療費の絶対値にせよ、医療費がGDPに占める比率にせよ、上昇が緩和しており、2000年からは低下している。



図1：過去の日本の医療費概況

出所：宮島俊彦「高齢者の高年齢化社会の地域保健」、中国人口・計画生育委員会「日中韓による高齢者家庭保健及び公共支援サービスに関するセミナー」、北京：2010年4月29日

前述の改革措置を実施したからこそ、日本は世界で最も高齢化した国でありながら、その対処の効果も同じように世界一である。表3に示すとおり、その他の先進国に比べて、日本の1人あたり保健費は高くない。より重要なのは、その総費用が効果的に抑えられており、2003年から2006年の間、保健総費用がGDPに占める比率はわずか0.4ポイントしか上昇していないが、2006年の1人あたり保健費は先進国の中で最低である。

表 3：各国の衛生総費用

国	衛生総費用が GDP に占める比率 (%)		行政支出が衛生総費用に占める比率 (%)		個人支出が衛生総費用に占める比率 (%)		行政衛生支出が行政総支出に占める比率 (%)		平均レート (米ドル) で計算した 1 人あたり保健費	
	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006	2003	2006
世界	8.2	8.7	56.6	57.6	43.3	42.4	13.7	14.3	473	716
低所得	4.2	4.3	33.3	36.2	66.7	63.8	5.4	5.9	14	22
中低所得	4.5	4.5	39.2	43.2	60.8	56.8	7.9	8.2	38	74
中高所得	6.1	6.3	52.9	55.1	47.1	44.8	9.1	9.8	235	412
高所得	10.0	11.2	59.8	60.7	40.0	39.3	16.0	17.1	2629	4012
日本	7.7	8.1	81.3	81.3	18.7	18.7	16.0	17.9	2827	2759
韓国	4.5	6.4	48.8	55.7	51.2	44.3	9.3	11.7	494	1168
中国	4.6	4.6	38.3	40.7	61.7	59.3	11.1	9.9	44	94

出所：世界保健機関、「2009 年世界衛生統計」、世界保健機関ウェブサイト www.who.int

さらに、日本の国民健康水準も世界トップクラスである。日本の平均余命は世界一であるばかりでなく、その他の各種健康指標も上位を占めている。これらのデータから、日本は高齢化の度合いが非常に高いながら、公平性、効率性に優れ、持続可能性のある衛生システムを維持していることが分かる。

(三) 日本の経験の中国に対する示唆

事実、日本の高齢化の対処するための衛生改革の有効性が顕著なのは、高齢化社会における健康需要の転換を十分に認識したためである。即ち、高齢化社会の到来以前は平均余命が低く、社会全体の疾患スペクトラムは基本的に急性病、外傷、感染症が主体であったため、病院での治療が健康サービスの核心であった。しかし、平均余命の延長とともに慢性病、生活機能障害のリスクが高まったが、これらのリスクの大部分は生活環境と生活習慣に関わるため、これら 2 つの特徴がより効果的な健康サービスは疾患の治療ではなく、生活習慣の改善を中心とする慢性病の監理と生活機能障害の予防であることを決定づけている。

また、高齢者にとって、生理機能の弱体化に伴い、生活機能障害の発生率もその他の年齢層を遥かに上回った。そこで、中低強度の介護保健サービスと生活サービスの需要が生じた。これらのサービスは我々が通常、長期介護と呼んでいるものである。

日本の経験から、高齢化の到来が健康に関する財政支出にもたらす圧力は非常に莫大であり、コスト抑制とサービス改善という 2 つの目標の間で対立が絶えないの

であっても、予防保健と長期介護に対する投入によって高額でふさわしくない入院サービスの利用を効果的に抑制し、社会成員の健康需要をよりよく満たせると同時に、保健費をある程度抑制することができる。

二、中国における高齢化の背景と高齢者介護の需要

中国はすでに6回の国勢調査を行っている。過去の国勢調査のデータから、中国の高齢化の推移とその傾向を大まかに見て取ることができる。

表4 中国のこれまでの国勢調査における高齢化の推移

単位：万人、%

年	総人口	60歳以上人口	60歳以上人口比率	65歳以上人口	65歳以上人口比率	0～14歳人口	高齢化指数
1953	56,745	4,154	7.32	2,504	4.41	20,584	12.17
1964	69,458	4,225	6.08	2,458	3.54	28,067	8.76
1982	91	7,664	7.63	4,928	4.91	33,725	14.61
1990	11	9,697	8.58	6,299	5.57	31,300	20.12
2000	124,261	12,998	10.46	8,827	7.1	28,453	31.02
2010	133281	17,759	13.32	11,889	8.91	22,132	53.71

出所：毎回の国勢調査データ、2014年中国養老保険に関するシンポジウム、王小平「以房養老発展探討（リバースモーゲージの発展研究——訳注）」

2010年に中国で実施された第6回国勢調査の統計データによると、中国の60歳以上の高齢者人口はすでに1億7,765万人に達し、全国の総人口の13.26%を占めている。そのうち、65歳以上の高齢者人口は1億1,883万人で、高齢者扶養比率は11.9%^①に達する。2011年から2015年にかけて、全国の60歳以上の高齢者は1億7,800万人から2億2,100万人に増え、年間あたり高齢者が平均860万人増えている。また、高齢者人口の比率は13.3%から16%に増え、年間平均0.54ポイント増加している。高齢者の進行と核家族化、独居化は同時進行し、社会経済転換期の問題に絡み合い、社会の介護保障と高齢者介護の需要は急激に増えている。向こう20年間で、中国の人口高齢化は日増しに深刻化し、2030年には全国の高齢者人口の規模は倍増する見通しである。

^①全国老齡工作委员会弁公室、『2010年中国高齢者事業發展統計公報』

中国の高齢者介護市場の急速な成長：
高齢化の趨勢、2000～2025年

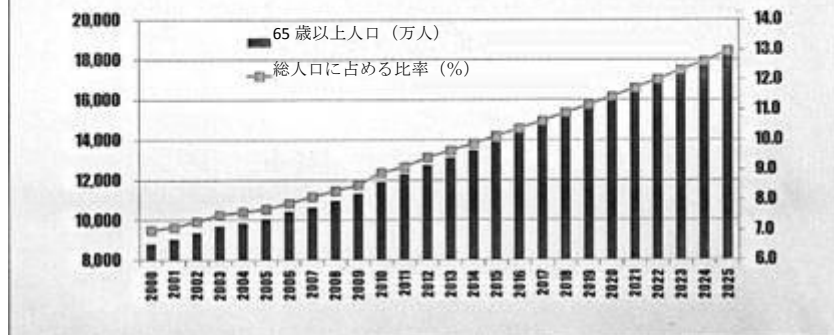


図2：中国の高齢化の趨勢（2000～2025年）

出所：2014年中国養老保険に関するシンポジウム、賀立平「中国養老金体制発展方向（中国年金制度の発展方向）」

我々は衛生部統計情報センターの「2008年全国衛生サービス調査」、北京大学の「2011年健康・高齢者介護追跡調査」、全国老齡科学研究センターの「2000、2006、2010年全国高齢者人口追跡調査」のデータと、権威のある人口学者の研究成果と一部比較し、分析と統合により発見した高齢者の介護需要について、以下のとおりまとめる。

高齢者人口はハイリスクグループであり、一般的には年齢の増加とともに慢性病と生活機能障害のリスクが迅速に上がる。第4回全国衛生サービス調査のデータがこの点を実証している。表5に示すように、まず、水平方向の比較によると、高齢者人口の健康状況と調査人口の全体的な状況の差は大きく開いており、2008年、高齢者人口の慢性疾患の罹患率は平均的な状況の4倍である。次に、垂直方向の比較によると、2003年から2008年までの5年間で、高齢者人口の2週間以内の有病率と慢性疾患の罹患率は顕著に増加しており、2008年、約半分の高齢者が慢性病を抱えている。このデータだけをとってみると、高齢者の健康状況は低下している。その理由の一つとして、医療保障制度の実施と健康に対する関心の高まりを受け、高齢者が医療ケアをより多く利用するようになるにつれて、潜在的な疾患と慢性病が診断によって明らかになったことが挙げられる。とはいえ、どのような原因であるにせよ、高齢者のこれほどまでに高い2週間以内の有病率と慢性疾患の罹患率は、高齢者の健康サービスの需要量の持続、顕著な増加傾向を意味しているため、重要視されなければならない。

表 5：高齢者人口の健康状況の調査

	2週間以内の有病率 (%)		慢性疾患の罹患率 (%)	
	2003	2008	2003	2008
調査対象者の概況	12.8	15.0	10.3	11.1
60歳以上高齢者	32.1	43.2	38.2	43.8

出所：衛生部統計情報センター編 「2008 中国衛生サービス調査研究」、中国協和医科大学出版社、2010。注：調査人口の平均状況に用いたデータは年齢標準化のデータ。

疾患状況を除き、今回の調査では、高齢者人口の生活機能障害状況の統計も行った。調査データによると、8.2%の調査対象者が歩行に関して完全または一部自立できない状態になり、7.3%の調査対象者が聴力不調を訴えている。また、4.3%の調査対象者が視力障害を抱えている。我々はこれらの生活機能障害者にどの程度重複しているのか明らかではないが、比率が最高の歩行に関する生活機能障害者について、その数は全国で 900 万人に上る。これらの生活機能障害者はいずれも長期介護が必要である。

2011 年の北京大学健康・高齢者介護追跡調査の関連データは、全国の衛生サービス調査よりもさらに深刻な状況を呈している。図 3 は、60 歳以上の高齢者人口の基本的な健康指標である。高齢者のサンプル全体の中で、日常活動に支障のある高齢者人口の比率は 38.1%に達する。常時介護が必要な高齢者（以下、「要介護者」という）の比率は 23.8%に達する。身体に痛みを覚える高齢者人口の比率は 33.4%に達する。体重が過度に軽い高齢者（以下、「低体重者」という）人口の比率は 10.7%、高血圧は高齢者人口に最も普遍的にみられる健康問題で、高血圧をわずらう高齢者人口の比率は 54%に達する。

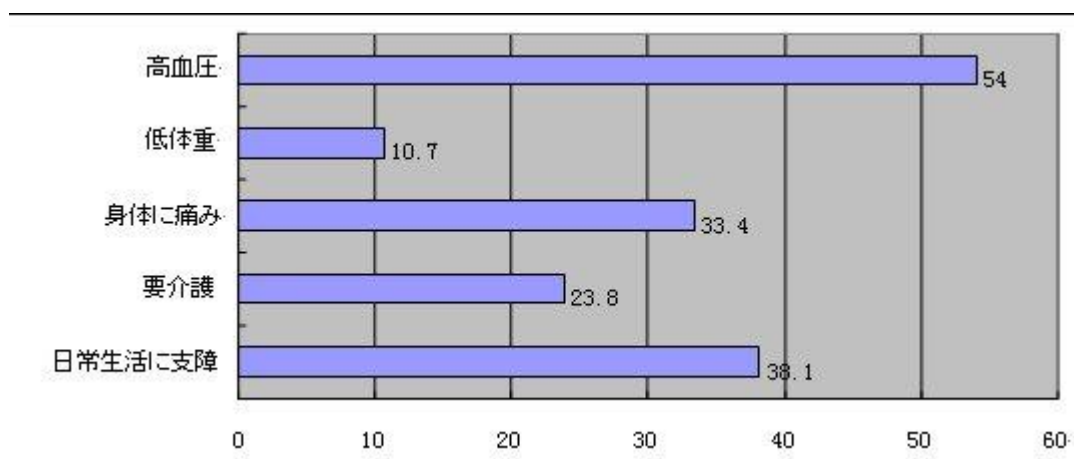


図 3：60 歳以上の高齢者人口の健康状況

高齢者人口の中で、要介護者の比率が急増しており、70 歳以上の高齢者人口の要介護者の比率は約 30%、80 歳以後になると、要介護者の比率は 50%以上に達する。それ以外に、男性と女性の介護需要も顕著に異なっており、各年齢層において、女性の要介護者の比率は男性よりも 5～10 ポイント高い。海外の研究によれば、通常、女性は男性よりも脆弱で、介護を受ける意思を示そうとすると考えられており、それが主観的な解釈である。中国においては、性差別という客観的な要素も存在し、伝統的な社会においては男尊女卑であるため、教育、医療の分配に関して、女性は通常、男性よりも家庭の助けを得にくい。そのため、客観的にいっても女性は健康面で弱さが蓄積される。

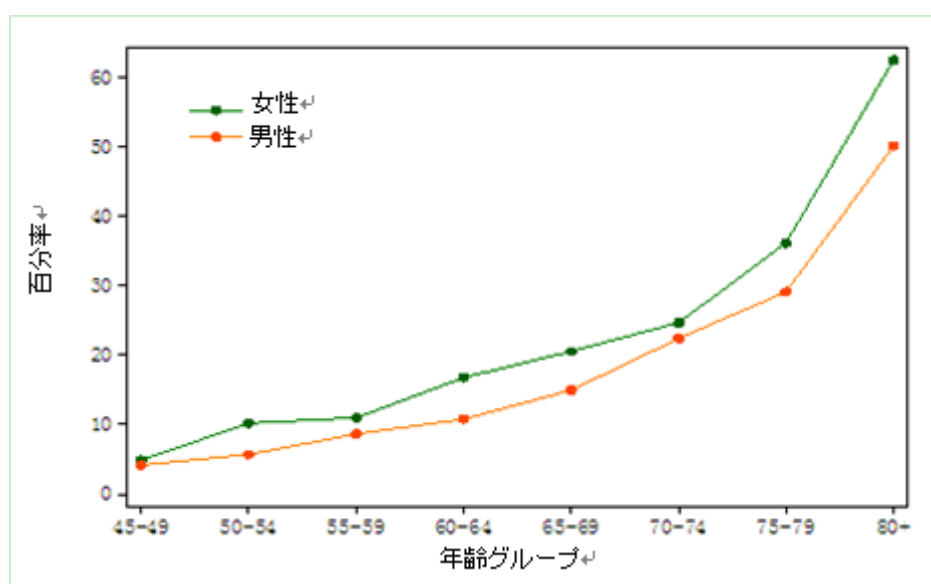


図 4：要介護人口の比率

すべての健康問題のうち、最も深刻なのは、高齢者の完全な生活機能障害であり、日常生活を完全に他人の介護に依存する状況である。中国老齡センターは、2000 年、2006 年、2010 年の 3 回に分けて中国の都市・農村の高齢者人口の追跡調査を実施した。2006 年の「中国都市農村高齢者人口追跡調査」のデータによると、都市部の高齢者人口の中で生活自立が可能な者の比率は 85.4%、部分的に生活自立が可能な者は 9.6%、完全に生活自立が不可能な者は 5.0%。一方、農村部の高齢者人口のうち、生活自立が可能な者の比率は 79%で、部分的に生活自立が可能な者は 14.1%、完全に生活自立が不可能な者は 6.9%^①。

2010 年、老齡センターは、中国の都市部、農村部の高齢者人口の健康状況について第 2 回の追跡調査を行った。調査結果によると、都市部、農村部の高齢者人口の中で部分的に生活自立が可能な者は 15.9%で、完全に生活自立が不可能な者は 6.8%だった。そのうち、農村部の高齢者人口の中で部分的に生活自立が可能な者は 18.6%、

① 「『中国都市農村人口状況追跡調査』研究報告」、中国ネット
http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/17/content_9392818.htm 2007 年 12 月 7 日。

完全に生活自立が不可能な者は7.8%。都市部の高齢者人口のうち、部分的に生活自立が可能な者は12.4%、完全に生活自立が不可能な者は5.6%。都市の高齢者人口の生活自立の状況は農村部の高齢者のそれより上回っている。2010年の第6回国勢調査のデータの中で60歳以上の高齢者人口の総数は1億7,765万人で、老齡センターによる生活障害者の比率に従えば、都市部、農村部において日常生活の中で完全に生活自立が不可能な高齢者は約1,200万人で、そのうち、都市部の生活機能障害者人口は約440万人で、農村部の生活機能障害者人口は750万人。都市・農村の部分的に生活自立が可能な高齢者は2,800万人で、そのうち農村部は約1,840万人、都市部は約970万人。都市・農村の部分的に生活自立が可能な高齢者と、完全に生活自立が不可能な高齢者の総数は約4,000万人に上る。一方、「北京大学健康・高齢者介護追跡調査」のデータ統計分析の結果によると、中国の60歳以上の高齢者のうち、要介護の高齢者人口の総数は4,200万人近く。このデータは、老齡センターの2010年の調査結果にほぼ相当する。

表6：生活機能障害者の全国調査の比較

出所		生活機能障害者	内訳	
			生活自立能力を部分的に喪失した高齢者	生活自立能力を完全に喪失した高齢者
老齡センター	2006年調査数	2,831	1,893	938
	2010年調査数	4,031	2,818	1,213
CHARLS	2011年のベースライン	4,200	3,100	1,100

総じて、数からみて、高齢者は健康サービスの量的な拡大を求めており、とりわけ高齢者が日増しに深刻化するにつれて、高齢者衛生サービスの需要量も持続的に増加するであろう。種類からみて、高齢者は多種類の健康サービスを必要としている一まず、高齢者の2週間以内の有病率と慢性疾患の罹患率はいずれも非常に高いため、慢性病その他の高齢者に多い病気の治療は必要不可欠である。次に、健康サービスは病気の治療と同等ではなく、無病の意義は病気の治療を大きく上回る。とりわけ慢性病について、高齢者に最もよく見られる高血圧、糖尿病、心臓血管疾患は生活習慣と一定の関係があり、予防や病状の悪化抑制がある程度可能である。これに関して、慢性病の予防と管理、健康教育は非常に必要である。

次に、多くの場合、高齢者の体力低下は不可逆的であるため、これら的高齢者は長期的で連続的な日常介護が必要であり、それも健康サービスの非常に重要な内容である。つまり、前述の各種ルートからの調査データを総合すると、これら3種類のサービスは莫大な需要が存在し、中国の高齢化が速まるにつれて、その需要も大幅に拡大するであろう。

三、中国の高齢者事業関連組織機関の全体的状況

(一) 高齢者事業実施体制

中国の高齢者事業関連組織機関は、主として全国老齡工作委員会、民政部、衛生計画生育委員会である。

1. 全国老齡工作委員会

全国老齡工作委員会（以下「全国老齡委」という）は、中国国務院が主管する、中国の全国的高齢者事業の協議・調整機関で、1999年10月に設立された。全国老齡委は27の事業組織から構成され^①、その下に全国老齡工作委員会弁公室（以下「弁公室」という）が、民政部に設けられている。2005年8月からは、弁公室と中国老齡協会が合同で業務を行っている。「中国国内では全国老齡工作委員会弁公室の名で事業を行い、国際的には主として中国老齡協会の名で高齢者関係の国際交流及び協力を行う」（中央編弁発〔2005〕18号）。現在までに基本的に中国全土の省（自治区、直轄市）・地（市、州、盟）・県（市、区、旗）・郷鎮（街道）といった各級の老齡工作委員会及びその執務機関が設置され、村（居）民委員会には高齢者事業に責任をもつ専従者が置かれ、中央から地方までの事業ネットワークの第一段階が構築されている。

全国老齡委の主な業務は、次の5点である。1) 高齢者事業の発展戦略及び重大政策を研究・策定し、関連部門の高齢者事業発展計画を調整し推進する。2) 関連部門が高齢者の権益保護の保障業務を適切に実施するよう調整して推進する。3) 関連部門の高齢者事業のマクロ的指導と総合的管理の強化を調整して推進し、高齢者の心身の健康に寄与する様々な活動を展開する。4) 各省・自治区・直轄市の高齢者事業を指導し、促し、検査する。5) 国連及びその他国際機関における高齢者関連の業務について中国国内での重要な活動を行う計画を立案し、調整する。^②

全国老齡委の内部部署には、総合部・政策研究部・事業発展部・宣伝部（全国老齡弁新聞弁公室）・国際部（全国老齡弁の香港・マカオ・台湾事務弁公室）・人事部の6つがある。その他、全国老齡委は4つの全国的な非営利機構の業務を主管する部門でもある。その4つとは、中国老齡産業協会、中国老齡事業発展基金会、中国老年学学会、及び中国老年大学協会である。

2. 民政部社会福利・慈善事業促進司

中国民政部社会福利・慈善事業促進司（以下「福利司」という）は2008年9月に設立された。国務院の「三定（職責、機構、定員の3つを固めること——訳注）」方

^①27の事業部門の構成は次の通りである。中央組織部、中央宣伝部、中央直属機関工作委員会、中央国家機関工作委員会、外交部、国家発展改革委員会、教育部、国家民族事務委員会、公安部、民政部、司法部、財政部、人力資源社会保障部、住房城郷建設部（住宅・都市農村建設部）、文化部、衛生計画生育委員会、国家税務総局、国家新聞出版広電総局、国家体育総局、国家統計局、国家旅遊局、中国保険監督管理委員会、中国人民解放軍総政治部、中華全国総工会、中国共産主義青年団中央委員会、中華全国婦女聯合会、中国老齡協会。

^②全国老齡工作委員会ホームページ：<http://www.cncaprc.gov.cn/about/341.jhtml>

針で付与された職責に基づき、福利司は、福祉宝くじの発行、チャリティー及び社会的義捐活動、高齢者及び障害者の福祉及び児童福祉事業等の業務を担う。下部組織として、福利彩票（＝福祉宝くじ）（総合）処、慈善・社会捐助（＝義捐）処、老人福利処、障害者福利処、児童福利処がある。そのうち高齢者福祉事業は主に次のようなものである。

1. 高齢者社会福祉事業計画及び高齢者権益保護政策を立案するとともに実施の指導に当たり、高齢者福祉事業発展要綱を計画・実施する。2. 高齢者介護サービス業を発展させる政策を立案し、在宅介護を基本とする高齢者介護サービス体系の構築を計画して指導する。3. 社会福利院、社会福利センター（いずれも主に政府が運営する高齢者・障害者等の福祉施設——訳注）、養老院、老人院、高齢者アパート（いずれも主に民間が運営する高齢者専用の各種設備を備えた集団居住施設——訳注）、護老院（主に民間が運営し、一部要介護の高齢者を主な対象とした介護施設——訳注）、護養院（主に民間が運営し、要完全介護の高齢者を主な対象とした介護施設——訳注）、託老所、高齢者デイケアセンター等の国営及び民営の高齢者介護施設の管理規則を立案し、介護施設の管理を指導する。4. 全国社会福祉サービス標準化委員会事務局の日常業務を担当する。社会福利院、社会福利センター、養老院、老人院、高齢者アパート、護老院、護養院、託老所、高齢者デイケアセンター等、国営及び民営の高齢者介護施設の建設及びサービス基準、従業員の業務基準及び管理規範に責任を負い、その実施を指導する。5. 高齢者及び社会福利院、社会福利センター、養老院、老人院、高齢者アパート、護老院、護養院、託老所、高齢者デイケアセンター等、高齢者介護施設の資金援助規則を立案する。6. 高齢者介護サービスの情報化推進を計画し、高齢者介護サービスの情報化プラットフォームを構築する。^①

3.衛生計画生育委員会計画生育家庭発展司

国家衛生・計画生育委員会の計画生育家庭発展司（以下「衛計委家庭司」という）の主な業務は、計画生育（一人っ子政策ともいう。中国で改革開放政策が始動した1979年に始まった人口規制政策のことを指す——訳注）家庭の発展を促進する政策提案を行い、計画生育の利益誘導の仕組み及び特殊困難家庭（一人っ子が死亡または重度障害により親の介護ができない等、計画生育により生活困難となった家庭——訳注）の支援制度を構築・整備し、計画生育の奨励援助政策を立案し、出生人口の性別比の総合的な管理を担当する。その下には、総合処、家庭発展指導処、性別比管理弁公室、及び利益導向（＝誘導）処が設けられている。

2014年3月、「高齢化への積極的な対応」という戦略的配置を確実に実施するため、

^①百度百科の「民政部社会福利・慈善事業促進司」<http://baike.baidu.com/view/5110567.htm?fr=aladdin>

国家衛生・計画生育委員会は衛生計画生育老齡工作（＝業務）指導チームを設置した。家庭司はその指導チームの下に置かれた組織の一つである。その主な業務は、計画生育家庭・高齢者家庭・高齢者の保健・医療サービスに重点が置かれ、かつ関連政策を支援するものである。職責の細則は以下の通りである。

1) 関連部門と共に、高齢化に対応する政策を検討し提案する。2) 高齢者の健康サポート体制の構築を推進し、関連する計画、規範、基準等を調整・立案し、計画して実施する。3) 農村部の計画生育家庭奨励支援制度及び計画生育家庭特別支援制度等、家庭支援制度を整備する。4) 計画生育家庭を重点として、家庭での高齢者介護支援政策を整備し、家庭での完全な介護保障及び介護サービス支援政策を立案する。5) 高齢者世帯の家族に介護の専門的訓練及び支援を提供し、家族による介護や精神的いたわり、心理的支えの効果を十分に発揮させる。6) 関連支援政策及び措置を研究・制定し、地域において様々な方式で在宅高齢者に保健・医療の訪問サービスを提供するよう支援を行う。7) 高齢者人口の基本データ及び健康情報を整理・研究し、衛生・計画生育・高齢化問題の研究を計画して推進し、関連する政策立案のための理論及びデータを提供する。8) 高齢者人口及び健康状況についての総合的評価作業を定期的実施する。^①

衛生計画生育の一連の業務において、家庭司が担当する高齢者サービス関連の業務は、主に高齢者の疾病予防と保健、病気の診断・治療とリハビリ、長期介護とターミナルケア、並びに医療保障、家庭介護支援政策の策定等である。これらはいずれも高齢者の健康支援体系の中心であり、重要な部分である。

4. 衛生・計画生育委員会基層衛生司

衛生・計画生育委員会の基層衛生司（以下「衛計委基層司」という）の主な業務は、農村衛生及び地域の衛生政策、計画、規程を立案し、計画して実施し、全国の末端における衛生サービス体系の構築と農村部医師に関連する管理業務を指導し、末端での衛生政策の実施を監督・指導することである。下部組織には、総合処、農村衛生処、社区衛生処、合作医療処、基本衛生保健処がある。^②

2014年3月、「高齢化への積極的な対応」という戦略的配置を確実に実施するため、国家衛生・計画生育委員会は衛生計画生育老齡工作指導チームを設置した。基層司はその指導チームの下に置かれた組織の一つである。その職責の細則は次の通りである。

^①国家衛生計画生育委員会計画生育家庭発展司による「国家衛生計画生育委員会弁公庁の衛生計画生育老齡工作（＝業務）指導チームの成立に関する通知」を参照。

<http://www.nhfpc.gov.cn/jtfzs/s3581c/201403/86205cd8f8ec48478e1bc31101642abd.shtml> 2014年3月17日。

^②国家衛生・計画生育委員会基層衛生司ホームページ：<http://www.nhfpc.gov.cn/jws/index.shtml>

- 1) 新型農村合作医療制度を整備して強固なものとし、保障及び管理、サービスレベルの向上に努める。
- 2) 関連部門と協力し、条件に適合する高齢者介護施設内の医療機関を指定範囲に組み入れ、入居する保険加入高齢者が規定に基づき相応の待遇を受けられるようにする。
- 3) 末端の医療衛生機関が積極的に高齢者医療・介護・保健・健康管理等のサービスを行うよう指導し、高齢者への在宅リハビリ・介護サービスの提供方法を探る。
- 4) 末端の医療衛生機関が、国の基本的公衆衛生サービスのうち高齢者関連の各種サービスを実施するよう指導する。
- 5) 末端の医療衛生機関と高齢者世帯との医療契約サービスを推進する。^①

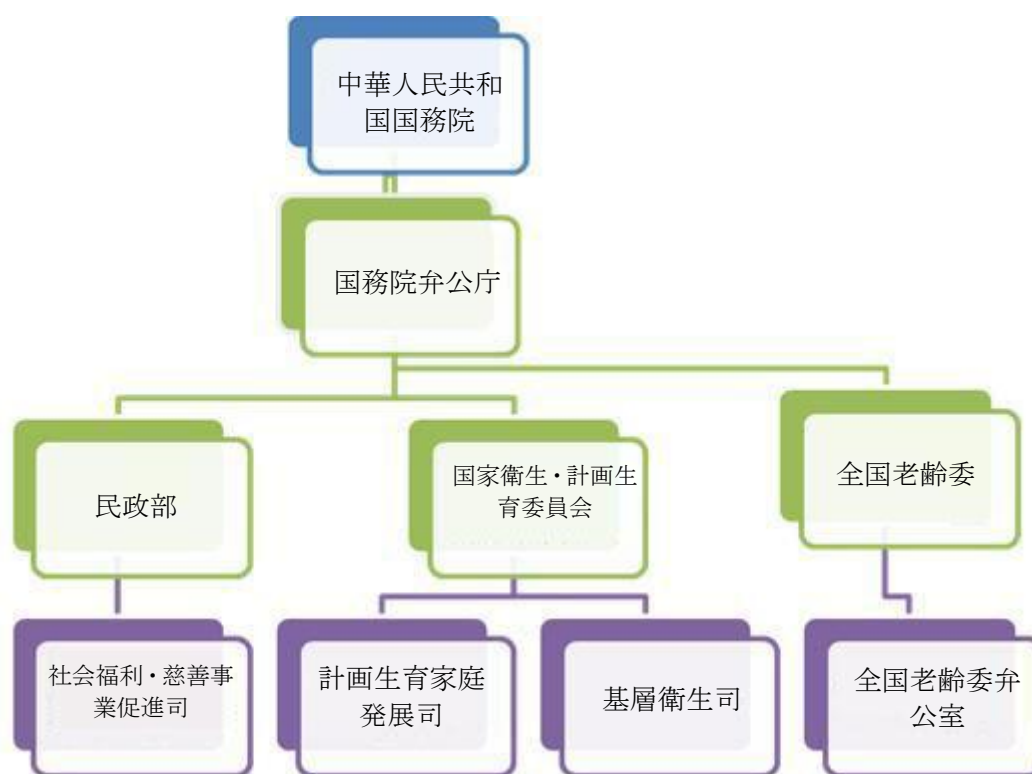


図5 中国の高齢者事業関連の組織図

(二) 高齢者介護サービスの政策的枠組み

前述によると、我々が通常いうところの高齢者介護 (agingcare) は実際、医療ケア (Medicare)、生活ケア (socialcare) に分けられ、中国においてはそれぞれ衛生官庁と民政官庁が管理している。したがって、政策的枠組みもそれぞれ独立している。

^①国家衛生・計画生育委員会計画生育家庭發展司による「国家衛生・計画生育委員会弁公庁の衛生計画生育老齡工作指導チームの成立に関する通知」を参照。

<http://www.moh.gov.cn/jtfsz/s3581c/201403/86205cd8f8ec48478e1bc31101642abd.shtml>2014年3月17日。

1. 高齢者医療ケア

中国は現在、全面的な医療体制改革の最中にあり、そのうち高齢者介護に直接的な影響を及ぼすのは医療保障と公衆衛生の改革である。

2003年から、中国政府は全国民を対象とした医療保障体系の構築を開始した。5年間を経て、この体系は2008年に完全に構築された。表7に示すように、第4回全国衛生サービス調査のデータによると、2003年に調査対象となった高齢者のうち、66.6%が医療保険に加入していないという回答であったが、2008年になるとこの数字は8.7%まで低下した。保障の対象だけでなく、保障のレベルも高まっており、新型農村合作医療制度を例にとると、制度構築当初の資金拠出基準は1人あたり30元であったが、幾度かの調整を経て、1人あたり120元に達した。さらに高額の地方さえ少なくない。

表7：(60歳以上) 高齢者人口の社会医療保険加入率(%)の調査

	都市労働者 医療保険	公費医療	都市住民医 療保険	農村合作医療	その他の社 会医療保険	不参加
2003年	17.6	3.4	0.0	7.7	3.8	66.6
2008年	24.3	2.8	3.1	60.5	0.5	8.7

出所：衛生部統計情報センター編 「2008 中国衛生サービス調査研究」、中国協和医科大学出版社、2010。

新しい医療改革は衛生体系全体の全面的な改革であり、医療保障、公衆衛生、公立病院改革、薬品流通体制改革、末端医療施設改革などほぼすべての方面に関わる。とはいえ、生活機能障害者を対象とした医療ケアについてはまだ政策が発表されておらず、現時点でこれに関する国レベルの政策はまだ手付かずの状態にある。

高齢化の進行と医療保険額の向上に加えて、長期介護を対象とした社会的な資金拠出制度がないために、現時点で2つの状況が発生している。第一に、受動的な「社会的入院」——広東、浙江などの先進地域では、高齢者が「治療」のために入院するのでなく、「介護」を受けるために入院する状況が発生している。第二に、地方政府が自発的に一部の病院や保健施設に介護病床サービスを提供させるケース——上海市は2級病院のリハビリ病院や高齢者介護病院への転換を大々的に進めている。山東省東営市は、35か所の地域密着型衛生サービスセンター、100か所の地域密着型衛生サービスステーション、農村部の1,684の村衛生室に高齢者用病床を設置した。第二の状況であっても本当の意味での長期介護とはいえない。それは生活機能障害者に非常に長期的で継続的なサービスを提供できるわけではなく、ごく一部の

医療と介護に限られ、サービスも生活機能障害者にとって妥当な内容でなく、偏っている。このほか、これら 2 つの状況は医療保険の支出を大幅に引き上げることは間違いなく、医療保険の持続可能性にリスクをもたらさう。事実、先進国にしても、高齢化の度合いが高く、医療保障も発達している中で、長期介護の大量の社会的需要が発生し、「社会的入院」によってしか部分的に満足することができないために、政府が長期介護システムを構築し、長期介護の資金拠出責任を負担するようになるといった場合がほとんどである。前に触れた日本の経験は典型例である。現在、中国における「社会的入院」は一部地域ですでに発生しており、医療保障レベルの向上に伴って、それはさらにエスカレートするであろう。したがって、長期介護システムの構築と政府による資金拠出責任の部分的負担の必要性はすでに相当高いといえる。

もう一つ、高齢者介護と最も密な関係があるのは公衆衛生分野の改革である。新医療改革の以前に、中国はすでに高齢化社会に入り、慢性病、生活習慣病の頻発期間に入るとともに、公衆衛生サービスは感染症の予防、環境衛生改善などの旧来の分野に限られているだけでなく、相当長い間、末端医療施設に蔑ろにされていた。これらの事実を認識したからこそ、新医療改革では、政府が資金拠出の責任を負担する基本的な公衆衛生サービスの実施が開始されると同時に、サービス購入の形で、末端医療施設がこれらのサービスを提供することが明確にされた。末端医療保健施設の役割や位置づけについて、関連文書の中で、基本的な医療、公衆衛生サービスを含む「基本的な衛生サービス」と明文化された。新医療改革は、さまざまな政策的措置を通じて、末端医療保健施設がサービスの重心をよくある病気、多発病の診療や住民の健康管理に移すように導いた。2009 年から実施された国の「基本公衆衛生プロジェクト」がそのうち最も主要な措置であり、2013 年のサービス内容は 10 類 42 項目へと拡大された。資金拠出に関して、各級財政は当初、公衆衛生サービスの経費として 1 人あたり年間 15 元とし、2011 年には資金拠出額を 25 元、2013 年には 30 元にそれぞれ引き上げた。サービスの内容は、住民健康ファイルの作成、健康教育、予防接種、感染症防止、高血圧、糖尿病などの慢性病や重症の精神疾病管理、児童保健、妊婦保健、高齢者保健などである。2013 年のサービス内容（表 8）から分かるように、10 類公衆衛生サービスのうち、5 類が高齢者の健康サービスに関わる。中でも 2 類は完全に高齢者向け（慢性病管理と高齢者健康管理）で、高齢者と児童（漢方医健康管理）向けのものもある。また、部分的に高齢者に関わるもの（住民健康ファイルの作成と健康教育）も 2 類ある。

表 8 : 2013 年における全国の基本公衆衛生サービスの一部内容

番号	類別	サービス対象	項目と内容
一	住民健康ファイルの作成	管轄区内の常住住民(半年以上居住する非戸籍住民も含む)	1. 健康ファイルの作成
			2. 健康ファイルの保管
二	健康教育	管轄区内の住民	1. 健康教育資料の提供
			2. 健康教育宣伝欄の設置
			3. 公衆衛生相談サービス
			4. 健康知識講座の開催
			5. 個別の健康教育
六	高齢者健康管理	管轄区内の 65 歳以上の常住住民	1. 生活スタイルと健康状況の評価
			2. 体格検査
			3. 補助検査
			4. 健康指導
七	慢性病患者健康管理 (高血圧)	管轄区内の 35 歳以上の原発性高血圧患者	1. スクリーニング
			2. フォローアップと分類介入
			3. 健康診断
	慢性病患者健康管理 (2 型糖尿病)	管轄区内の 35 歳以上 2 型糖尿病患者	1. スクリーニング
			2. フォローアップ評価と分類介入
			3. 健康診断
十	漢方医健康管理	管轄区内の 65 歳以上の常住住民と 0~36 か月の児童	1. 高齢者の中医学体質分析
			2. 児童中医学保養

内容をみると、前述の基本公衆衛生サービスは、高齢者の予防保健と健康管理を主体とし、高齢者の生活機能障害の予防にとって大きなプラス効果があることは間違いない。とはいえ、その目的の達成と健康サービスモデルの転換は末端保健サービスシステムの改革に依存する。そしてその核心は、末端医療施設の改革にある。とはいっても、末端医療施設において長期にわたって形成された疾患治療を核心とする職員構造と勤務方法の制約を受け、基本公衆衛生プロジェクトの実施はサービス方式の変化に伴って変化することはなく、その効果も限られるものである。

2. 高齢者への日常生活ケア

旧来、家族介護は中国の主たる高齢者介護方式であった。あるいは、数多くの先進国と比べて、高齢者介護の資金拠出にせよ、サービスの直接提供にせよ、基本的に家庭の責任とされてきた。家族介護を除いて、「社会介護」といえるべきものは公立の介護施設が主体で、法定の扶養者がいなく、経済的条件が厳しい高齢者は、農村では主に「五保（農村地域の孤独者のことをいう。うちわけ、(1) 扶養義務の子供をもたない人、あるいはそのような能力をもたない人、(2) 労働能力を持たない

人、(3) 生活の保障のない人（国務院『農村五保戸扶養工作条例』1994年1月23日より）——訳注）」対象高齢者向けの敬老院、都市では主に「三無（収入がない、労働能力がない、法定扶養者がいない——訳注）」対象高齢者向けの福利院（福祉施設——訳注）であった。高齢者人口の増加に伴い、1990年代末から完全に営利目的の民間介護施設が発展し始めた。21世紀に入り、中国の人口高齢化の急速化と家族介護機能の衰退に伴って、生活機能障害者と高齢者介護体制の問題が人々の視野に飛び込み始め、「社会介護」の概念が拡大し始め、ますます関心が向けられるようになった。過去10年間において、中国の高齢者介護業は大きく発展したが、それには2つの政策的背景がある。

第一に、高齢者介護問題に対する国の関心が高まり、高齢者の「社会介護」の枠組みが構築された。2006年、国務院弁公庁は、「关于养老服务業発展的意見（高齢者介護業発展に関する意見）」を公布し、「在宅介護を基本とし、地域密着型介護をよりどころに、施設介護で補充する（後に「施設で支える」に変更）サービス体系」の構築を掲げた。それ以後、この原則は中国における高齢者介護体制の枠組みづくりの最も土台となる指針となった。2008年、国家老齡工作委員会弁公室が公布した「关于全面推進居家养老服务工作的意見（在宅介護業務の包括的推進に関する意見）」の中で、「在宅介護とは、政府と社会の力が地域社会を拠点として、在宅の高齢者に生活ケア、家事代行サービス、リハビリ介護、メンタルケアなどのサービスを提供するサービス形式である。それは、旧来の家族介護モデルに対する補充と更新であり、中国における地域密着型介護の発展と高齢者介護体系の構築のための重要な一環である」と指摘した。「在宅介護」のこの定義と「在宅介護を基本とし」、「地域密着型介護をよりどころに」の関係の記述によって、「社会介護」の主体的モデルが確定された。

第二に、第三次産業の発展がますます重視され、高齢者介護体系の整備はその一環として政策的支援を受けた。国務院は2007年、「关于加快発展服務業的若干意見（サービス業発展の加速に関する若干の意見）」を公布し、「サービス業の発展を加速し、サービス業の第三次産業構造におけるウエイトを高め、サービス業を早急に国民経済の主軸産業とする」と掲げたが、高齢者の「社会介護」については触れられなかった。これを踏まえて、国務院弁公庁は2010年、「关于發展家庭服務業的指導意見（家事代行業の発展に関する指導意見）」を公布し、「人口高齢化と生活リズムの加速に適応するため、家事代行サービス、高齢者介護、地域密着型介護、看護ケアサービスなどの業態の発展を重視する……基本的な高齢者介護体系づくりを推進し、地域デイサービスセンターや専門性の高い老人介護施設の発展を進め、民間の資源による公立老人介護施設の運営への参入を支援し、多層的な高齢者介護に取り組む」などの指針を掲げた。その後、同じく2010年、国務院は「关于鼓励和引導民間投資健康發展性的若干意見（民間投資の健全なる発展の奨励と誘導に関する若干

の意見)」を公布した。2012年、民政部は「关于鼓励和引导民间资本进入养老服务领域的实施意见（民间资本的高龄者介護分野への進出の奨励と誘導に関する実施意見）」を公布した。2013年、国務院はさらに「关于促進健康服務業發展的若干意見（健康サービス業の發展促進に関する若干の意見）」を公布した。同年、国務院は「关于加快發展養老服務業的若干意見（高齢者介護業の發展の加速に関する若干の意見）」を公布した。これら4つの文書には、民間資本による高齢者介護分野、医療ケア分野への進出奨励という根底の思想が受け継がれている。つまり、政策による規範化や支援を通じて政府主導の支援の実現し、市場の力によるサービスの供給と効率を向上させることで、第三次産業の發展によって就労が促され、經濟成長をけん引できると同時に、高齢者介護や健康サービスをはじめとする、増え続けるサービス需要を満たすことができる。

前述の2つの政策的背景によって「高齢者介護業」の發展が促され、それは関係する計画の中でさらに反映されていった。2010年の「中国高齢者事業發展『12・5』計画」と国務院弁公庁が公布した「社会介護体制整備計画（2011～2015年）」は、「在宅介護の發展を重視し、地域密着型介護を大いに發展させ、施設介護の發展を統括し、介護・リハビリサービスを優先的に發展させる」方針を掲げている。在宅介護と地域密着型介護ネットワークの充実化について、2015年までに地域密着型介護ネットワークを80%の都市部と50%の農村部の居住区に網羅し、各種の高齢者介護用ベッドを342万床追加し、全国の高齢者1,000人あたりの介護用ベッド数を30床にし、地（市）級以上の都市に1か所以上の専門性の高い老人介護施設を設置し、デイサービスがほぼすべての都市の居住区と半数以上の農村の居住区を網羅することを目標に掲げている。

表9：近年の老人介護施設のベッド提供状況

	老人介護施設 ベッド数 (万床)	高齢者1,000 人あたりのベ ッド所有数 (床)	地域密着型介 護施設 (万か所)	地域密着型介 護用ベッド数 (万床)	地域デイサー ビス用ベッ ド 数 (万床)
2013年	474.6	24.5	25.6	18.5	36.5
2012年	416.5	20.6	18.8	2.9	14.7
2011年	353.2	19.1	16.0	1.0	7.9
2010年	314.9	--	15.3	1.2	4.7

出所：中国民政部ウェブサイト

表9から、中国の老人介護施設は急増しており、絶対数が年々増加するのみならず、伸び幅も高まっている。とりわけ地域密着型介護施設の数は、まさに政府が老

人介護施設整備を重視した賜物である。

ただ、中国の高齢者介護の制度的枠組みは構築され始めたばかりであり、現段階で重視されているのは主にサービス体系の整備であることを指摘しておかねばならない。具体的には、施設への指導と支援の提供である。一方、その他の制度に関する問題に関わっている余裕は現段階では無い。とりわけ、財政資金の投入について、主な用途は地域密着型介護施設、高齢者介護への補助金であるが、需要者に対する補助金は非常に限られている。関連文書によると、「ユビキタス型高齢者福祉制度を構築する」ことが求められており、財政資金の需要者に対する補助金については、「労働力がなく、収入源がなく、法定扶養者のいない高齢者に対しては、集中扶養や分散扶養の形で、政府がこれらの需要者の最低限の生活を保障し、無償の介護を提供する。満80歳以上の低所得高齢者に対しては、年単位で高齢者手当制度を構築する。生活上困難を抱える高齢者に対しては、高齢者介護補助金制度を構築し、介護施設への入居や在宅介護、地域密着型介護を受けるための資金援助を提供する。長期的に生活自立が不能で、経済的に困難を抱える高齢者に対しては、その生活機能障害の度合いなどに応じて介護補助金を提供する。」つまり、政府の資金拠出について、現時点の政策の方向性は非常に低レベルな「救済式」の補助金に過ぎない。

高齢者介護の制度的枠組みが構築の着手段階にあることは、中央政府の枠組みが抽象的で漠然としたものであることをも意味する。したがって、地方政府は政策を柔軟に策定できる余地がある。今回の研究の地域別調査研究において、各地の政策には大きな違いがあることを発見した。これについては第6部分で詳述する。

四、中国の高齢者向け産業の発展状況

中国の高齢者向け産業の発展はやや遅れている。1997年5月28日に開催された中国で最初の高齢者向け産業のシンポジウムで、中国老齡協会の張文範会長が公の場で初めて明確に「高齢者産業」という言葉を使った。計画経済下の中国にあつては、高齢者事業は主に「三無（収入が低い、労働能力がない、法定扶養者がいない者——訳注）」や「五保（労働能力がない、生活の保障がない、法定扶養者を持たない、又はそのような能力を持たない農村地域の高齢者、障害者、未成年者。国務院「農村五保戸扶養工作条例」1994年1月23日より——訳注）」といった特定対象者向けの国の福祉施設を基本に発展してきたため、国家事業としての高齢者事業から高齢者向け産業への転換が行われたのである。

2000年、中国国務院弁公庁は「關於加快社会福利民營化的意見（社会福祉の民營化促進に関する意見）」を發表し、「多種の所有形態の社会組織の発展」の目標と構想を示した。その後、国は年を追っていくつかの意見や計画を打ち出した。例えば2006年の「關於加快發展養老服務業的意見（高齢者介護サービス業発展の加速に関

する意見)」、2008年の「关于全面推進居家養老服務工作的意見（在宅高齢者介護サービス事業の全面的な推進に関する意見）」などである。さらに2011年の「社会養老服務体系建設規画（民間による高齢者介護サービス体制の建設計画）（2011～2015年）」では、政策の方向性として高齢者介護サービスの産業化を強く推進し続けるとし、市場原理を十分に活用しなければならないと強調し「各種サービス主体が平等に参加でき、公平に競争できる環境をつくる」とした。2013年の「国务院关于加快發展養老服務業的若干意見（国务院、高齢者介護サービス業の速やかな發展に関する若干の意見）」では、「支援政策を整備することにより、より多くの民間資本を導入し、高齢者介護サービス組織及び企業を育成、支援しなければならない」と明確に指摘した。業界内ではこれが「中国の養老（＝高齢者向け）産業元年」の政策の旗印であると認識されている。

高齢者介護産業はニーズの属性に応じ、保健・医療業、日常生活用品業、家事サービス業、不動産業、保険業、金融業、娯楽・文化産業、旅行業、コンサルティングサービス業等の項目に分類される。欧米や、アジアの韓国・日本等に比べると、中国の高齢者産業はまだ初期段階である。市場の開発が始まったのも遅く、その發展速度も比較的遅い。専門化及び規格化のレベルもやや低い。現在、家事サービス業、娯楽・文化産業、旅行業、コンサルティングサービス業等の分野では、徐々にある程度の需要・供給市場が育ってきており、高齢者介護サービスの事業と産業が協調して發展する枠組みの第一段階ができあがった。しかし保健・医療業、日常生活用品業、不動産業、保険業、金融業等の分野の高齢者介護サービス産業にはまだ非常に大きな發展の余地がある。

（一）保健・医療業及び日常生活用品業

保健・医療業及び日常生活用品業の分野では、高齢者向け製品の開発が主となる。具体的には、日常生活用品（キッチンや寝室、衛生用品等）、補助用品（補聴器、車椅子、装具等）、健康管理用品（血圧計、体重計、血糖測定器等）、医療介護用品（理学療法機器、リハビリ用具等）、健康器具（マッサージ器、フットマッサージ器、トレーニング用具）等である。カバー率及び専門化のレベルから見て、これらの分野の高齢者向け製品は、研究開発から実用までいずれの段階でもかなり低い状態にある。現在の中国の高齢者介護産業のプロモーションや交流プラットフォームについては、国内で影響力がやや大きい2つの展示会がある。1つは中国民政部及び中国全国老齡工作委員会弁公室、北京市が主催する中国国際養老服務業博覽会であり、もう1つは国際養老産業（上海）サミットならびに博覽会（国際養老産業（上海）峰会暨博覽会、Care Show China）である。それらの展示会ではワンストップ型企業間取引の専門購買・交流プラットフォームを提供している。参加企業は主に福祉車両、バリアフリー設備、高齢者向け家具・衛生用品、リハビリ・介護用品、歩行補助機

器、医療機器、建築システム・製品、IT 技術及びソリューション等、高齢者向けの一連の最新製品を扱っており、中国の高齢者介護サービス・日常生活用品業の発展を力強く後押ししている。

(二) 不動産業、保険業、金融業

不動産業、保険業、金融業等の分野でも、高齢者向けサービス関連製品は初歩的な発展段階にある。主に高齢者用住宅、リバースモーゲージ（自宅を担保としたローンや年金保険）、生命保険、介護保険等である。高齢者用住宅では、現在、国が一定の優遇策を打ち出しており、各地でも次々と高齢者用住宅が開発され始めている。しかし今回の調査で、大部分の高齢者用住宅は往々にして有名無実であることがわかった。つまり、建設するだけでビジョンがなく（高齢者向け機能が低い）、管理組織があるだけで工夫がなく（管理レベルが低い）、ベッドがあるだけでサービスがない（十分に専門化されていない）のである。市場の潜在的ニーズは大きい、高齢者用アパート等の多くの高齢者用住宅は往々にして「無効供給」（勾亦軍、2013）であり、有効需要グループに対し段階的、専門的な効果的サービスを提供できないのである。リバースモーゲージの試行状況では、2003 年、当時の中国不動産開発集団の孟曉蘇総裁が「リバースモーゲージ」保険を提案、2004 年末に中国保険監督管理委員会が広州・北京・上海等、全国数か所の重点都市でのリバースモーゲージ生命保険の試行を計画した。2005 年 4 月には南寧市が高齢者用アパートでのリバースモーゲージ事業の試行を開始し、2007 年 5 月、上海市公積金管理センターが自宅売却による自己年金事業（所有権をもつ自宅を公的機関に一旦売却した後、新たに賃貸契約を結び、売却代金の一部を賃借料として支払う。代金の残りを生活費に充てることができる——訳注）を開始した。同年 10 月、北京のある介護サービスセンターが年金住宅銀行事業（元の住宅を事業者に貸し、その賃貸料を介護施設の利用料に充てる——訳注）を開始し、2011 年 10 月、中信銀行は年金ローン融資事業を開始した。2013 年、「国务院、介護サービス業の速やかな発展に関する若干の意見」で「高齢者のリバースモーゲージ年金保険のモデルケースを推進する」ことが明確に示された。同年末、上海銀行がリバースモーゲージのワンストップ型専属優待サービス「住宅管理」を始めた。そのほか、中国人寿、泰康人寿、平安集団といった保険会社も、高齢者専用居住地域に投資することで間接的にリバースモーゲージ事業に乗り出している。現在の状況については、リバースモーゲージには次のような問題がある。1) 中国の高齢者の介護・年金に対する心理的な期待にそぐわない。2) 高齢者の期待する収益を満足させられない。3) 依然として法律上の制限が多い（都市部の住宅は所有権が 70 年に制限されている等）。4) 関連する金融・不動産・介護サービスの仲介組織が未成熟で信用力に欠ける。5) 各種リスクを避けることができない（長寿リスク、流動性リスク、住宅価格下落リスク、利率リスク、インフレリスク等）。

6) 各種政策制度の未整備（管理・監督、連携不備等）、等である。

年金制度を見ると、現在の中国における、公共財政を拠り所としたキャッシュベースの基本年金制度はやや低レベルで立ち遅れている。年金の三本柱はバランスを大きく崩しており、第一の柱の負担が重すぎる。民間の年金市場は立ち上がったのが遅く、発展速度も遅い。個人年金保険及び年金を目的とした「両全寿険^①」の発展速度が比較的速いが、この種の隠れた老後のための貯蓄はなかなか表に現れず制度化も難しいうえに普及にも限りがある。その他、高齢者サービスに特に必要のある大規模な介護サービスが、高齢者サービス業発展における重要な構成要素である。この高齢者介護ニーズに対して、国際社会では介護保険が広く発展してきた。これは被保険者が高齢や疾病、傷害で長期介護が必要になった際にその費用を補償する一種の健康保険である。アメリカは主に、市場が主導する社会介護保険及び商業介護保険である。日本は主に政府が主導する強制的な社会介護保険で、商業介護保険は社会長期介護保険を補うだけである。一方ドイツでは、社会介護保険と商業介護保険の2本立てになっている。一定の所得基準で区分され、基準以下の場合には社会介護保険への加入が義務づけられ、基準以上の場合にはどちらかを選択して加入することができる。

中国では今のところまだ独立した社会介護保険システムがなく、大部分の地域の社会保険においても介護サービスはカバーされていない。わずかに青島等のごく一部の地域で社会医療保険によって少しばかりの医療介護（在宅病床、高齢者医療介護等、詳しくは青島市の調査報告を参照）の初歩的な試みを行っているのみである。商業介護保険の分野では、市場はまだ育成段階である。中国初の健康保険専門会社、中国人民健康保险股份有限公司（以下「人保健康」という）が、2006年、「全く心配のない個人長期介護健康保険」を全国的に販売開始した。これは中国初の全面的な保障機能をもつ長期介護保険で、この分野の市場の空白を埋めるものである。これに続き、特殊なニーズに的を絞った一連の専門的介護保険商品（「心配のない癌予防介護健康計画」等）の販売を始めた。現在、個人介護保険商品はかなり発展してきたが、高齢者の全体に対しては依然として限られたものである。現状からみて、商業介護保険は次のような問題に直面している。第1に、介護保険商品を提供できる保険会社は少なく、それも人保健康のような健康保険専門の会社が主であり、数えるほどしかない。第2に、介護保険商品のタイプが単一で、介護サービスと直接連系していない。保険の請求に対する手続きは、主に保険金の給付という形をとっており、多様で段階的な介護保障商品をカバーしきれない。第3に、被保険者の段階的な実際の介護ニーズに適応する、基準が整備された介護の評価システム及び認定機構が、介護サービス市場に欠けている。現在は多くが、日常生活能力（着衣、移動、行動、摂食、トイレ動作、入浴等）のうちいくつかの機能を喪失することを評

^①死亡保険と生存保険を兼ね備えた保険。「混合寿険」ともいう。

価基準としている。最後に、個人介護保険商品は低年齢層指向であり、保険対象年齢は一般的に80歳を超えない。そのため長寿リスクは比較的低い、高齢の自立不能者や一部要介護者は往々にして被保険者の範囲に含まれない。

(三) 情報化、IT

情報化社会の急成長に伴い、ここ数年、情報技術は高齢者介護サービス領域での応用がますます多様化するとともに広く深く浸透し、高齢者も情報社会の発展による便利さを享受できるようになった。

1. 高齢者向け電子製品

現在、国内市場にはすでに多くの高齢者の生理、心理、消費の特徴を考慮して設計、開発した高齢者向け電子製品が登場している。例えば、高齢者用携帯電話、ラジオ、タブレットパソコン、スマート杖、メガホン、ペンタブレット、電子治療器/マッサージ機などがある。高齢者用携帯電話を例にとると、普通の携帯電話に比べインターフェースは簡潔、操作はより簡単で、文字と音声はより大きく、バッテリーの持続時間はさらに長く、価格は安くなり、高齢者層の使用により適している。現在のところ、高齢者向け電子製品の主な消費者は高齢者の子女又は親族で、店側も祝祭日や記念日（重陽節、母の日や父の日、両親の誕生日など）には、「感謝」、「孝行」、「健康」などのコピーを付けて営業する。高齢者向け電子製品の急成長は、従来の在宅介護モデルを経済的サポート、生活の世話、メンタルケアの3つの機能から確実に強化した。

2. 高齢者の健康管理

電子生涯カルテ（Electronic Health Record、略称はEHR）は衛生情報化の重要な次元である。2007年、米国は世界で初めてEHR国家基準を設立した国となった。中国はEHRの研究開始がやや遅い。2009年、全国で35都市、2,406の地域衛生サービスセンター及び9,723の地域衛生サービスステーションが地域住民の生涯カルテを作成した^①。2009年に衛生部は「健康档案基本架構与数拠標準（試行）（生涯カルテ基本枠組み及びデータ標準（試行）」を定めた。5種類の電子生涯カルテを標準化するもので、個人の基本健康情報記録、疾病コントロール記録、母子保健記録、医療サービス記録、地域衛生記録が含まれる。住民のライフサイクルをカバーするEHRの開設は、住民の健康評価、健康モニタリング、健康フォローアップ、健康指導、健康のためのプラン決定と健康管理を行うのに有利で、住民の疾患スペクトルの最新動向を把握し、ハイリスク群をスクリーニングし保健指導の介入などを行う。同時に、知る権利に基づいて電子健康情報を共有することは住民が複数の機関、複数

^①曲保麗、「区域信息化中電子健康档案的建設（地域情報化における電子生涯カルテの開設）」、「医学信息学雑誌（医学情報学雑誌）」、2009年、第4期。

の地区で診療と医療保険を受けるのにも有利である。EHR をどのように複数の場所で収集し、動的更新がなされた生きた資料とするか、どのように重複した作業を減らし、資源の共有を促すか、どのように EHR データを掘り下げて解析し利用するかなどは、今後の発展のキーポイントである。

3.高齢者向けインテリジェントハウス

英国ではかつて高齢者グループ向けの「インテリジェントハウス」が研究開発された。高齢者向け住宅のドア・窓、寝室、台所、トイレ、電気器具のスイッチにセンサーを取り付け、高齢者の活動データとバイタルサインを情報モニタリングセンターと高齢者のホームドクターに送信する。もし浴室の水があふれたら、自動的に蛇口を閉め、もしエアコンの温度が高すぎる又は低すぎる時は、自動的に誤った設定を取り消す。類似のものに、英国 BT グループの研究室が開発した「電子ハウスキーパー」、米国の Grandcare 介護モニタリングシステム、フランスの LiveZoom 家庭ビデオモニターのほか、Attentivecare、Remote Monitor、Quiet Care、Home Guardian など家庭用自動監視システムがある。床センサー、ネットワークカメラを利用して在宅老人の安全を確保する。

中国にも類似の高齢者向け遠隔健康管理サービスを行っている会社がある。健康モニタリングの端末には、ウェアラブル型（高齢者の心拍数、運動数を計測するのに用い、位置情報（迷子防止）を提供する、又は緊急時の通報に用いる）、在宅型（高齢者は電子測定器によって自宅で血圧、血糖値、血中酸素濃度、体重、体温などを計り、その結果はリアルタイムで健康管理センターに送信される）、地域ステーション型（高齢者は定期的に地域ステーションで測定し、同ステーションがデータを収集する）などがある。健康管理センターは毎週高齢者の健康提案レポートを作り、家族と高齢者に渡すことができる。また高齢者に関連の医療保険の知識を伝え、定時に薬を服用するよう注意を促すこともできる。高齢者のバイタルサインに異常な動きが見られたら、健康管理センターはすぐに高齢者の子供と一緒に医療機関に行くよう促す。受診時には、高齢者は日頃モニタリングしているバイタルサインを参考に医師に提供することも可能である。2012年、深圳市は「バーチャル医院」/「クラウド」医院の理念を樹立するよう提案した。インターネットを通じて、リアルタイムで在宅高齢者のバイタルサイン資料を収集し、システムは自動的にデータ解析を行い、異常があれば自動的に通報する。全科の医師は即座に評価し、もし自宅で解決できるのであれば、健康面の指導を行う。医師にかかる必要があれば、専門の医師に病状を分析してもらい、地域健康サービスセンターで治療可能か病院に行くべきかを診る^①。ここ数年、一部の高齢者向けマンションも高齢者向けのインテリジ

^①余海蓉、「『雲』上建設医院 網絡管理健康（「クラウド」に医院を建設 ネットワークで健康を管理）」、「深圳特区報」、2012年11月4日A01面。

ェントハウスの技術を応用し始めた。当然のことながら、こうしたインテリジェントハウスも高齢者のプライバシー保護には関係がある。

4.情報化した施設介護サービス

次のような2種類の状況がある。

1つ目は、情報化を利用して各種介護施設の情報を収集、集計し、公表する。例えば、青島市養老サービス協会（青島市介護サービス協会）が設立した「青島養老サービス網（青島高齢者介護サービスネット）」は、同市の介護サービス情報を全面的に、速やかに、正しく提供することに努め、政府部門の政策決定、業界内の交流、市民の介護施設選択などに情報サービスを提供している。2013年、協会は青島市で「高齢者介護サービス施設ランク評価」を実施した。5つ星クラスの介護施設を2施設、4つ星クラスを7施設、3つ星クラスを9施設、2つ星クラスを5施設選出した。この後、協会はウェブサイトなどを通じて評価の結果を公表した。協会はさらに各介護施設に「介護施設情報宣伝員」を置き、介護施設の最新情報を直ちに協会に伝えるようにした。例えば、施設の空きベッド数、対象グループ、料金基準、サービス内容、施設の特徴、最新の活動などで、市民が入所に適した介護施設を選べるよう便宜を図っている。

2つ目は、情報化を利用して施設介護を在宅介護サービスに広げることである。寧波市江東区の「家院互融^①」介護サービスセンターは一例である。具体的には、2010年、江東区民政局が設立した「江東家院互融サービスセンター」は江東区最大の介護施設「嘉和頤養院」（ベッド数284床、専門スタッフ400余名）の中で試験的に開業した。「江東家院互融サービスセンター」は情報技術を利用し、「一ベース（高齢者のニーズデータベース）、一ライン（87680000 サービスホットライン）、一モバイル（「家院互融」高齢者専用の携帯電話）、一システム（「家院互融」サービス情報管理システム）」を築いた。「江東家院互融サービスセンター」は域内の複数の福祉施設、養老院（嘉和頤養院をサービス）、江東区の29の在宅介護サービスセンター、11の高齢者支援モデル地点、7社のサービス企業、及び「紅マ（虫へんに馬——訳注）蟻助老サービス隊（アカアリ高齢者支援サービス隊）（3,000名余りのボランティアがいる）」など多くの民間資源を整理再編したものである。高齢者はサービスホットラインに電話さえすれば、サービスセンターは適したスタッフを派遣し、介護、リハビリ、家事、おしゃべりなどの訪問サービスを提供する。在宅の高齢者は「サービスセンター」で食事をとったり、活動に参加したりすることもでき、在宅介護モデルと施設介護モデルの相互融合を効果的に促した。

5.バーチャル老人ホーム

「情報化した施設介護サービス」と異なり、「バーチャル老人ホーム」には老人ホ

^①在宅介護と施設介護が互いに融合させることで、在宅介護の家族愛もあり、施設介護の専門性も備える。

ームの実体は存在せず、塀もないし、ベッドもない。2003年、蘇州市滄浪区は「隣里情（隣近所の愛情）」在宅介護サービスセンターを創設したが、これは全国初の「塀のない老人ホーム」である。2007年12月、国内で初めて情報化管理を用いた「バーチャル老人ホーム」—滄浪区「隣里情」バーチャル老人ホーム居家楽介護サービスセンターが正式に開業した。ここで老人ホームというのは実際には情報交流センターのことである。滄浪区と中国電信蘇州分社が共同開発した「居家楽 211 介護サービスシステム」（電話でプラットフォームを呼び出す）を利用し、滄浪区フ（クサクカンムリに封）門街道の高齢者の基本データをプラットフォームのデータベースに入力した。在宅高齢者は電話さえすれば、すぐに高齢者のニーズを分析し、高齢者が確認したら訪問サービスを提供すると同時に、全コース追跡・訪問メカニズムを築いた。バーチャル老人ホームは27社の地域サービス企業（家事サービス類21社、医療保健類2社、不動産メンテナンス類4社）、地域居民委員会、地域衛生ステーション、地域共産黨員、ボランティア、活動家、周辺の大学（法律コンサルティング、学習教育、権益保護、生活への配慮などを提供）と専門の家政サービススタッフ（2006年は46名）を整理再編し、バーチャル老人ホームへの入居者に共同で各種サービスを提供する。サービス内容は6分野53項目を網羅している。2010年には、電話オペレーター10名と家政サービススタッフ94名がセンターの正社員となり、完了した受注総数は2万4,047件、スピリチュアルケアを提供した回数は7,701回、サービス対象はフ門街道の252世帯400余名から全区の2,290世帯3,000余名に拡大し、毎月のサービス件数は433件から4,120件に、自費で要望する人数は89名から495名^①に増え、情報化介護の典型例の一つとなった^②。

6. 末端の情報化介護サービスプラットフォーム

地域在宅老人のデイサービス、食事、生活の世話などのニーズを満たすために、汽南社区居民委員会と地域内の機構は共同で「汽南社区建設協会」を設立した。これは北京市で初めて地域居民委員会の管轄区内で設立された、行政許可を得て法人資格を持つ社会団体で、会員機構は50社ある。同年、汽南社区建設協会は汽南地域「塀のない老人ホーム」を設立した。2012年、汽南社区建設協会はウェブサイトを開設した。これは正式な「末端の情報化介護サービスプラットフォーム」となり、汽南地域の介護モデルを「塀のない老人ホーム」から「ネットワーク化した介護」へと推し進めた。サイトの運営を開始した後、汽南社区建設協会はそれまでに展開した、及び展開を計画している各種介護サービスの電子化を相次いで行い、サイト

^① 「滄浪区構建全国第一家虛擬養老院（滄浪区は全国初のバーチャル老人ホーム設立）」、<http://tour.jschina.com.cn/wlmtkcl/201005/t386594.shtml>。

^② 近年、上海、浙江、山西、遼寧、広東、山東などが相次いで地方の特色を持つ「バーチャル老人ホーム」設立の新しい考え方を提案した。例えば、蘭州市城関区が2009年末に設立した「バーチャル老人ホーム」は、基本的なコールサービスのほかに、高齢者は「バーチャル介護共通カード」を所持し、電話で予約すれば、加盟店の介護レストラン30軒余りで安価で栄養のあるランチをとることができる。

にアップロードした。内容には、高齢者の基本情報、高齢者のニーズ情報、地域ボランティアサービス情報、「塀のない老人ホーム」サービスの紹介とオンライン申請、「中畠航空券取扱業務研修サービス」（高齢者の子女/孫の就職支援）の紹介とオンライン申請、地域の各種レクリエーション活動情報と学習・研修情報のオンライン発表などがある。これを踏まえて、在宅介護の「情報交流ネット」、「愛心互助ネット」、「特殊サービスネット」、「学習研修ネット」、「レクリエーション活動ネット」を徐々に形成した。協会のウェブサイトは地域の高齢者の実需を集めた場所となり、さらに協会が自己宣伝し、より多くの社会資源を地域に受け入れ介護サービスチームとする窓口である。

汽南社区建設協会のウェブサイトが完成した後、多くの企業がサイトの情報を閲覧し、次々と協会に連絡をとり、この末端の情報化介護サービスプラットフォームへの加入を希望した。協会の会長によると、「大型活動の時はいつも企業が参加を希望する」という。現在、我が国の高齢者市場には次のような特徴がある。高齢者向け製品とサービス市場は不足しているものが多く、消費潜在力は大きく、また高齢者市場は専門性、多様性、規範性が足りず、高齢者の潜在的な消費需要はまだ十分に喚起されておらず、消費能力と同時に消費意欲のある高齢者グループはまだ限定的で、目下の介護サービス業は「条件が低く、ハイリスクで、投資期間が長く、安定した収益が得られるのは遅い」業種である。こうした背景の下、多くの介護関連企業は絶えずブランド営業戦略を変え、関心と重点を地域へと移している。地域では、最も直接的な方式で潜在消費者に接触することができる。従って、多くの企業は地域の介護公益活動を援助する方式で、企業の社会責任を果たし、ブランドの知名度、信用度及び親近感を高め、ウィンウィンを実現する。例えば、中国恒安集團傘下の安而康ブランドは何回も汽南地域建設協会と「百家宴」、「魅力老人評選（素敵高齢者コンクール）」などの活動を展開し、人材、物資、製品、サービスなどで支援している。一部の通信業者は汽南社区建設協会に無料で費用納付機を提供し、高齢者が地域の中で光熱費を支払えるようにした。一部のメーカーは自社製のトイレ用手すりを地域の高齢者と高齢の障害者に試用品として無料で提供した。家事サービス企業の中には地域の高齢者にリハビリマッサージ体験カードを無料で提供したところもある。だが、この種の無料サービスは必ずしもいつも高齢者グループの賛同を効果的に得られるわけではない。一部の高齢者は無料体験を楽しむものの、自らお金を払ってサービスを購入することはない。一部の高齢者は、「無料」は単なるおびき寄せるためのえさとからくりであると考え、むしろこうしたことを避ける。無料体験の内容は高齢者グループの一般的なニーズに合っていないと考える高齢者もおり、例えば、リハビリマッサージサービスカードよりも清掃・食事など家事サービスカードの方が良い、などである。つまり、「末端の情報化介護サービスプラットフォーム」の構築は、それまで分散化していた介護サービスの需給双方のアクセシビリティを大いに高めた。汽南地域のケースは北京市の報告の中でさらに詳しく紹介されている。

7.まとめ：情報化介護サービス発展の現状

2000 年から、国内各地で様々な形式の在宅介護モデルサービスが次々と展開され、優れた社会的効果を挙げた。ここ数年、上海、浙江、江蘇、山東、広東、北京、天津、遼寧などは相次いで情報化介護サービスの模索を試験的に行い、多くの貴重な経験を積んだ。まとめると、国内の情報化介護サービスの発展の現状は次の通りとなる。

地理的な分布を見ると、情報化介護サービスが比較的良く展開されている都市は南東沿海部の経済が発達した地域に分布している。これら地域の人口の高齢化は相対的にかなり高く、在宅介護サービスの開始は相対的にかなり早く、経済発展水準は相対的にかなり良く、介護サービスのインフラも整い、情報化の発展レベルは比較的早く、政策支援の度合いもかなり強く、近代現的な介護サービス業も確立している。同時に、高齢者の消費能力、消費方式及び消費意欲とも関係がある。

運営主体を見ると、情報化介護サービスは政府（例えば、寧波市海曙区南門街道）、企業（例えば、河北卓達物業）、又は社会組織（例えば、北京市西城区月壇老齡協会）により運営されている。だが、社会組織による情報化介護サービスプラットフォーム構築が優勢を誇るとともに、ますます突出した役割を果たしている。

サービスの端末を見ると、情報化介護サービスの末端は当初の隣近所による互助の「愛心鈴」から、固定電話端末、送信ボタンを1つ押してコールする（Push to talk）端末、携帯電話端末又はインターネット端末などに発展した。また、各端末製品は絶えずバージョンアップされている。Push to talk を例にとると、当初は固定電話に緊急呼び出しボタンを設置したものだ。後に、Push to talk 腕時計が開発され、高齢者は腕時計をして家の中を自由に移動して試用できた。その後、Push to talk 携帯電話に発展し、高齢者は外出しても使用でき、緊急時にはキーを押してサービスセンター、110/120、又は子供や親戚などを呼び出すことが可能で、さらに迷子防止のための GPS（衛星利用測位システム）を利用できる。

サービス対象を見ると、情報化介護サービスの発展当初は、往々にして最も弱く、最も世話を必要とする高齢者グループ（生活保護を受給している・収入がない・労働能力がない・法定扶養者がいない老人、子供が身边におらず独居する老人、全く自立生活できない老人）をまず支援していた。サービスが普及するにつれ、サービス対象も絶えず拡大し、最終目標は高齢者全体がサービスを受けられるようにすることである。

サービス費用を見ると、一般に自己負担無し、半額自己負担、全額自己負担の3種類に分けられる。自己負担無しの高齢者には政府がサービスを全額購入し、半額自己負担の高齢者には政府が一部サービス費用を負担し、全額自己負担は自分でサービス費用を支払うが、サービス費用基準は往々にして市場の平均レベルよりも低い。

サービス内容を見ると、情報化介護サービスが登場した当初は高齢者が一人で在宅している時の非常時の救急問題を解決し、孤独死を防ぐことが中心だった（例え

ば、2001年に上海に登場した「安康通老人介護緊急コール援助サービスシステム」)。介護サービスが整理再編した社会資源が増え続けるのに伴い、サービス内容も絶えず拡大された(例えば、「寧波 81890 援助サービスセンター」の現在のサービス内容は 19 種類^①189 項目に及ぶ。このほか、「81890」はさらに高齢者グループ向けに高齢者電話懇親会クラブと高齢者ウェブサイトを開設し、メンタル面の介護問題に対応している)。

サービス主体を見ると、情報化介護サービス統合の介護サービスの主体は絶えず拡張している。例えば、杭州市上城区は 96345 市民サービスコールセンターに委託して手が得ている在宅介護コールサービスは、2005 年に全国初の「介護サービス連盟^②」を設立し、管轄区にある約 3,000 の機構(情報での加盟とサービスでの加盟を含む)の支持を得た。この後、商工業、都市管理、衛生、食品薬品監督管理、計画出産、物価、電力、ガス、公共交通、自動車応急修理コールセンター、タクシークールホットライン、地域サービスホットライン、地域医療サービスホットライン、積立金管理センター、従業員権益保護センターなども続々と加入し、サービスチームは絶え間なく拡大した。このほか、数年来、前期高齢者のボランティアによる後期高齢者へのサービス提供が各地で新たに発展する傾向にある。

サービスフローを見ると、情報化介護サービスのフローには通常、高齢者の情報管理、サービス機構管理、サービススタッフ派遣、決済統計、監督評価などのいくつかの段階が含まれる。コールセンターは高齢者の呼び出し電話を優先的に受け付け、電話がつながると同時に、高齢者の基本情報が表示され、続いて必要に応じたサービススタッフを派遣し、また全フローを監督する。

高齢者グループの情報能力を見ると、高齢者グループの情報取得能力は相対的にかなり低いにもかかわらず、ここ数年の発展動向からすると、中年・高齢者のネットユーザーの比率は徐々に増加している(下表参照)。現在の高齢者グループの「情報の中位・下位階層(Information have-less)」の地位を弱めるために、一部の企業、商店、メディア、老人大学、地域などは相次いで無料の高齢者向けパソコン研修公益活動を展開した。高齢者にどのようにパソコンを立ち上げるのか、どのように入力するのか、どのようにサイトを閲覧するのか、どのように情報を検索するのか、どのようにチャットやゲームをしたり、動画を見るのかなどを教えた。インターネットを覚えた多くの高齢者は、積極的に様々な社会公益活動に参加しており、例えば、介護サービスサイトのメンテナンスを手伝う、他の高齢者が海外の子女とウェブカメラで会話することを手伝う、高齢者用のパソコン教材の編集を手伝う、他の高齢者のパソコン

^①安全保衛、家政サービス、設備メンテナンス、水道・電気メンテナンス、住宅工事、行政・企業サービス、医療保健、美容・理髪、交通・旅行、教育・研修、ホテル・外食、婚礼・パーティー、葬儀サービス、仲介サービス、法律サービス、保険コンサルティング、ショッピング、出国サービス、婚姻サービス。

^②環境連盟、企業連盟、地域連盟、学校連盟、生活連盟、医療連盟、権益保護連盟、ボランティア連盟の 8 つの連盟が含まれる

修理を手伝う、他の高齢者のネットショッピングを手伝う、他の高齢者にパソコンの知識を伝えるなどのことを行っている。この結果、高齢者グループの「デジタルデバイド (Digital Divide) (コンピューターやインターネットなどの情報技術を使いこなせる者と使いこなせない者の間に生じる社会的格差のこと——訳注)」を減らし、より多くの高齢者グループに情報社会の発展から利益を受けさせる。

表 10 : (2010～2013 年) 中国インターネットユーザー年齢構造^①

年齢 年月	10 歳以下	10～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60 歳以上
2010. 12	1. 1%	27. 3%	29. 8%	23. 4%	12. 6%	3. 9%	1. 9%
2011. 12	1. 7%	26. 7%	29. 8%	25. 7%	11. 4%	4. 1%	0. 7%
2012. 12	1. 7%	24. 0%	30. 4%	25. 3%	12. 4%	4. 4%	1. 8%
2013. 6	1. 3%	23. 2%	29. 5%	26. 1%	12. 6%	5. 2%	2. 0%

要するに、情報技術の発展は中国の介護サービス領域においてすでに多くの応用例があり、将来的にこの応用範囲はさらに深まり、拡大する。情報化介護は将来の中国の介護サービスシステム構築で必ず大きな影響力を持つ地位を占める。

五、高齢者介護人材発展の現状

(一) 中国高齢者介護人材の現状

中国では高齢化が日増しに深刻化するに伴い、高齢者介護人材が逼迫した資源と化しているが、既存の高齢者介護人材は資質が全体的に低く、従業者の専門化も遅れているため、高齢者介護事業の現実的な需要に答えられていない。例えば、高齢者介護員は全国で少なくとも1,000万人が必要とされているのに対し、全国の高齢者福祉施設の職員はわずか22万人で、高齢者介護の資格取得者は2万人余りに過ぎない。この現状は中国に数千万いる全く自立生活ができない高齢者の潜在需要を満たすにはほど遠く、しかも介護する側の全体的な資質が低く、管理能力、専門性、業務能力、介護レベルが高齢者介護の需要を満たす水準に達していない。中でも、専門化した介護人材の欠如は際立った問題点である。

新しい職業である高齢者介護員は、世界的な高齢者社会の到来に伴って、総じて需要が供給を上回っている。中国の都市部の高齢者のさまざまな介護需要の中でも上位なのは家事代行、介護、話し相手・付き添い、法律扶助である。中国の多様化する高齢者介護は過去より成長したとはいえ、高齢者の需要を満たすには遥かに及

^①出所：CNNIC、第 29、32 回「中国互インターネット発展状況統計報告（中国インターネット発展状況統計報告）」、2012 年 1 月。

ばず、介護人材による専門的な介護が非常に必要とされている。高齢者医学専門の医師研修や資格や認定の審査に取り組む省・市もなくはないが、認定を取得したりリハビリセラピスト、心理コンサルタント、ソーシャルワーカーの数は少なく、勤務地も大都市の繁華エリアに集中している。これらのスペシャリストから介護を受けるための料金は高く、介護のために居住区を訪れるケースも減多にないため、高齢者の需要が満たされずにいる。農村地域の高齢者がリハビリセラピスト、心理コンサルタント、ソーシャルワーカーの介護を受けるのはなお更難しい。住宅地域では、高齢者介護人材が少なく、そのほとんどは日常生活の世話をしたことがあるくらいで、医療介護、リハビリ訓練、心理ガイダンスなどに関する専門知識がないため、専門性が低く、高齢者の需要が満たせていない。中国で「高齢者介護員の職業資格証書」の取得者はわずか2万人と、高齢者介護人材の専任者1,000万人という需要とはあまりにかけ離れている。国務院が2011年に公布した「社会介護体制整備計画（2011～2015年）」によると、中国は高齢者介護員の職業資格試験認定制度を開始済みで、2015年には従業者全員に認定が行き渡る見通しである。

高齢者介護人材が増えない要因として次の点が挙げられる。1) 高齢者介護員に対する補助金が少ない：高齢者介護施設の補助金政策を発表した地域もあるが、介護者の給与、激励、手当に的を絞った政策はなく、高齢者介護施設も補助金を従業者の賃金や待遇に上乘せしないケースがほとんどだ。そのため、高齢者介護員の賃金、待遇はおしなべて低く、それが社会の受入度が低い、関連分野を専攻した大学生が仕事に就きたがらない、人材の流出が激しいことの原因となっている。2) 介護の専門性が低い：高齢者介護の仕事は辛く、収入も低いと、ハードルは比較的低い。従業者のほとんどはレイオフされた女性労働者や農村からの出稼ぎ労働者で、専門の教育や技能訓練を受けたことがない者が大部分を占める。人材の規格化、制度化が遅れ、訓練、競争、管理の体系的なメカニズムが欠如しているため、従業者のほとんどは介護の専門知識を備えていない。3) 従業者の勤続年数が短く、流動性が高く、業務経験が浅い：高齢者介護業に対する社会の偏見、賃金や待遇の低さを背景に、高齢者介護施設の人材流出が深刻で、資質の高い人材の引き入れも難しいため、高齢者介護人材の深刻な欠如を招いている。高齢者介護人材の不安定は介護の質に影響し、介護施設の名声や収益にとってもマイナスとなる。そのため、政府や介護施設は投資や優遇政策により従業者の待遇改善、「待遇で人材を留められるような」努力を惜しまない。他方で、高齢者介護業の社会への影響力を高め、すべての介護施設が資質が高く、介護者を留められるように、老人を尊び、敬い、愛し、養うことを重視する伝統的な美德を発揚することが政府当局に求められている。

また、社会事業である高齢者介護は、とりわけ専門の高齢者介護員が深刻に不足

する現状で、ボランティアが介護サービス人材を補う力として極めて重要視されている。しかし、現状からして、高齢者介護におけるボランティアが果たす役割はまだ限られている。その背景には、1) ボランティア総数が少ない。在宅介護に真に助力できるボランティアの数は取るに足りないほどである。2) 介護に参加するためのルートが狭い。介護する意思のある者は多いが、在宅介護に参加するためのルートが開かれていない。3) 専門性が低い。一部のボランティアが提供したサービスが在宅介護の要件を満たせない——といった要因がある。したがって、先進国に比べて、中国はそれほどボランティアが発達していない。人々の社会サービスへの参加意識は地域密着型在宅介護人材の増加につながる。高齢者地域密着型介護への参加者は主に離退職者で、それ以外の年齢層は参加率が低く、意欲も低い。中国は地域密着型介護ボランティアの意欲をなかなか引き出せずにおり、ボランティアの参加数も低く、介護サービスの質向上が待たれる。

(二) 高齢者介護人材育成体系の現状

高齢者介護人材の育成は、生物学、医学、介護、歯学、リハビリ治療、心理学、精神病学、社会学、経済学、政治学、社会活動など幅広い分野に関わり、高齢者介護に関連して、老人学、老年介護、社会活動といった方向を専攻とする専門人材が存在する。新しい学科である老人学はそのユニークな研究対象により、海外で日増しに重視されており、多くの国では1970年代にすでに老人学を正規のカリキュラムに組み込み、修士課程や博士課程を設置し、その卒業証書を作成している。一方、中国の老人学の教育は人口高齢化の進展に追いついておらず、完全に独立した老人学の教育体系がいまだに構築されていない。

中国の老人学の学士課程教育は1980年代中頃に始まったが、医学、人口学、社会学など、いずれも他学科の下に置かれた。2002～2003年に中国人民大学社会と人口研究所で老人学が社会学一級学科、法学のジャンルとして設定され、これにより中国の老人学の人材育成が国の正規教育の新たな時代に入った。

世界、中国の高齢化の進展からして、高齢者介護・管理学科は将来性のある新興の学科といえる。多くの大学が高齢者介護の学科を設置しており、北京大学心理学部の「老人心理学」コース、中国人民大学人口学部の公共事務管理学科の「高齢者事業管理」コース、北京大学社会学部の「社会福祉事業と管理」コース、北京青年政治学院の社会活動学科（社会福祉学科）の「高齢者社会活動」コース、首都医科大学と北京中医薬大学医療学科の「老人医学」コースなど、大学・短大・専門学校の一部学科に高齢者活動に関わるコースを開設したところもある。他方で、高齢者介護は総合的な活動であり、一つの課程の知識や技能を把握するだけでは不十分で、高齢者介護に従事するための総合的な能力を身に着ける必要がある。そのため、大

連職業技術学院は、1999年、基礎理論、専門的な知識や技能を備えた応用型の高齢者介護・管理人材を育成する、高齢者介護・管理の学科を国内で初めて開設した。このほか、長沙民政学院などの十数校も同類の学科を開設した。淄博師範高等専科学校は2007年に「高齢者介護と管理」専攻の学生を初めて募集した。この学科の開設は、民政部門や高齢者介護施設から幅広い注目を受け、学生も高い学習意欲をみせ、社会の需要に速やかに応えた。

近年、高齢者介護・管理学は顕著な発展を遂げたとはいえ、コース開設の主体は専門学校か短大、職業教育が主な教育モデルである。国は高齢者介護のような需要の高い新しい学科について人材育成の目標や綱領がない、統一された教材がない、充実した教育環境に欠ける、高い能力を備えた専門の教師がいる学校が少ないなど学校運営に関してさまざまな問題を抱えている。特に老年心理的ケア、リハビリ介護、メンタルケアなどの教師は逼迫し、高齢者介護の専門教育に深刻な遅れを招いている。1994年、中国は介護専門教育に高齢者介護の内容を含めた「地域密着型介護学」コースを増設した。1998年以降は、高等介護学校が「老年介護学」を開設し始め、中等学校の介護教育にも数コマの高齢者介護の内容が取り入れられた。2005年には、高齢者介護専科看護師育成の初の試みとして、広東省衛生庁が南方医科大学、香港理工大学と共同で、高齢者専科を含めた4つの専科が介護人材の育成を開始した。2013年、寧波で職業学校に初めて高齢者介護学科が開設され、高齢者介護の専門教育の先例が切り開かれた。

(三) 高齢者介護人材をめぐる主な課題

高齢化社会の到来に伴い、高齢者介護業の発展、増え続ける高齢者介護需要の満足は、現時及び今年度の政府活動の重点となっている。関連する研究と実践において、高齢者介護人材をめぐる主な課題は次のとおりである。

- 1) 高齢者介護業の人的資源開発計画の制定。段階がはっきりした各種・各級の職員育成体系の構築。
- 2) 高齢者介護をめぐる職業教育と学歴教育の充実化。例) 高齢者介護人材の知識的背景、発展の方向性、職業の位置づけを明らかにする。実践教育体系、学科の設置を充実化する。
- 3) 高齢者介護職員の資格認定制度の推進。例) 高齢者介護従業者の資格証所持就業、在職研修の強化、在職者の専門技能の強化、高齢者介護の職業資格認定体系の充実化。
- 4) ソーシャルワーカーとボランティアを高齢者介護サービス人材への適度な導入。

(四) 人材育成において講じるべき対策

高齢者介護員の資質、専門レベルが低いという現状を踏まえ、政府部門、介護施

設、高等学校はすでに高齢者介護人材の育成、研修活動を本格的に進めている。条件の整った職業学校での老人学や地域密着型介護関連の専門の開設、高齢者事業や地域事業に従事する専門人材の育成、社会福祉職位の専門基準や取扱規程の制定、体系的な専門教育や職業訓練の実施、高齢者介護の専門教科書の作成への取り組みを開始する地域も多い。総じて、在職介護者に対する研修の強化、専門人材育成の重視、高齢者介護人材の専門レベル、高齢者介護の質の強化は必要に差し迫られている。そのための具体策は次のとおりである。

1. 在職訓練の強化、在職者の能力向上

中国の高齢化の高度成長期は2015年から2020年の間に始まると予測されているうえ、超高齢化が顕著なことから、高齢者介護人材の確保は今から始めなければならない。長期的に考えて、政府は資金投入を強化し、介護施設と大学の高齢者介護人材の育成を支援し、高齢者介護事業により多くの高度な人的資源を確保しなければならない。とはいえ、人的資源の確保は長期間を必要とするため、介護施設が現時点で抱える介護人材の逼迫に対応するため、しばらくは既存の従業者に対する研修によって現在の人材不足を補わなければならない。「中国高齢者事業発展『十五』計画綱要」において、「地域の高齢者管理・介護者の研修の強化、職業倫理と業務能力の向上。管理職員の定期的な研修制度の構築、介護者の研修率60～80%への引き上げ、評価のうえでの資格証所持就業」が掲げられている。

まず、高齢者介護人材の研修は柔軟かつ多様な方法で進めるべきである。若くて精力に富み、学習能力の強い者に対しては1-2年の長期研修クラスを開き、専門知識の体系的な学習と業務能力の絶え間ない向上により、高齢者介護事業に活力を吹き込む。介護施設の従業者の年齢がやや高めのことを踏まえ、1か月、3か月、5か月の短期研修クラスを実施し、仕事、学習、家庭を配慮したうえで、自己の専門技能を高める。大学は業務能力が高い教員を各介護施設に派遣し、施設の職員に専門知識講座を開催する。

研修内容に関して、調査の結果、対象者の15%ほどが管理、46%が介護、25%が保健、9%が文化・スポーツなどの娯楽、5%がその他の知識が必要と答え、介護知識への需要が最も高かった。介護知識を除いて、高齢者の栄養や保健、高齢者の娯楽活動、高齢者の人権保障に関する研修内容を盛り込む。それにより、高齢者に生活介護、メンタルケアなどの全方位、迅速かつ有効な介護を提供できるようにすべきである。

また、高齢者介護人材の資格認定制度を確立する必要がある。高齢者介護職は海外では100年余りの歴史があり、独立した知識の体系、独特な活動の方法、テクニック及び社会から認められた職業規則、専門の認定制度がある。一方、中国は長年にわたって介護員の技能に対する要件に規定がなく、職業の定義、格付け、鑑定、研

修の要件、知識の構造に関して一切政策や実践がなされなかった。

2002年になって、労働と社会保障部は「高齢者介護員国家職業標準」を発表し、高齢者介護員の職業上の定義を、「高齢者の生活の世話と介護を行う職員」とした。「標準」では、高齢者介護員の仕事を生活介護、技術介護、リハビリ介護、心理的ケアなどに関して具体的な標準が掲げられた。2004年9月、初の「高齢者介護員国家職業資格研修教程」が公布され、高齢者介護員が職業として認められた。政府、学校は高齢者介護人材育成研修を実施するにあたって、「高齢者介護員国家職業標準」を根拠として、完全な資格評価制度と体系を構築し、育成研修から資格証所持就業、さらには就業後の継続教育、職位評定、賃金待遇に至るまで激励策を設け、従事者が絶えず専門知識を更新し、技能を高め続け、介護力を高め、介護施設を活性化させ、その専門性を高め続けられるようにした。

弁護士、会計士、医師と同じように資格認定制度を敷くことで、高齢者介護員の専門性向上、高齢者介護の権威の樹立につながる。そして、高齢者介護が独立した職業として認められ、介護人材の職業技能が規格化され、高齢者介護員という職業の評価が向上する。上海、広東などの先進地域では全国に先駆け、ソーシャルワーカー資格認定制度を推進している。また、高齢者介護員にふさわしい役職と待遇を与えることは、その地位と待遇の改善や向上、高齢者介護員に対する受入と尊重につながる。さらに、高齢者介護員に「五険一金（「五険」：養老保険、医療保険、失業保険、労災保険、生育保険、「一金」：住宅積立金——訳注）」の取得を保障することも人材の引き入れに有利となるほか、高齢者介護員に専門の職名を設定することで業界指導価格の推進、介護の内容と基準の規格化、合理的な市場価格の形成につながる。

2. 高齢者介護に関する学科の増設、専門人材の育成強化

現時点で、一部の大学では「高齢者介護と管理」学科を開設したが、各大学の教育環境がまちまちで、教育設備に不備がある学校が多数を占める。高齢者介護は、高齢者の生活介護、メンタルヘルス相談、心理的ケア、食事と栄養、高齢者活動の組織と企画、高齢者のスポーツ・娯楽など多くの学科の知識に関わり、多くの専門知識は実際に設備・機器を操作しながら学ぶことが必要となる。専門の訓練器材があるものの、あまり使用されていない学校もある。そのため、学校は資金の投入を強化し、教育施設を充実化させる必要がある。

上述の現状を踏まえ、高齢者介護に関わる学科の学歴教育を大いに充実させ、高度な高齢者介護の理念、知識、方法、テクニックを備えた人材を育成すべきである。また、実力のある大学又は専門学校に高齢者事業学科を開設し、末端の地域社会に専門性を備えた介護人材を送り込むべきである。さらに、老人学、高齢者介護、社会活動などの学科の学歴教育を強化し、短期大学、本科、修士課程、博士課程など、

多層的な学歴教育の体系を構築すべきである。学歴教育は、教育期間が長く、教育内容が体系的で、学生が専門知識を体系的に学ぶことができると同時に、大量の介護訓練を通じて、理論と実践を結び付けられる。長期的に考えれば、間違いなく高齢者介護職員の専門性向上の抜本的なルートとなる。

中国の高齢者介護・管理学の研究と学校運営の将来性が莫大であるが、高齢者介護人材の育成・研修はまだ手探りの段階にある。大学は視野の拡大、学術フォーラムや学校運営経験の交流会などの参加や開催、学校間の協働強化、他校の運営の有益な考え方と経験の学習・吸収によって、学科の可能性を広げられるだろう。先進国の人口高齢化は中国よりも一世紀早く、高齢者介護人材の育成への着手も早い。学校運営の視野の広さと奥行きは中国より上で、多額の資金を投じている。したがって、条件が整った学校は、高齢者介護学科を開設した海外の学校との連絡を強化し、教師を海外に派遣するか、又は他国の教師を招聘し、学校運営についての交流や話し合いの場を開くことで先進国の学校運営の理念と経験を見習って、中国の高齢者介護人材の育成と研修に生かすのもいいだろう。

次に、学生の専門に対する考え方を固めるため、メディアを通じた宣伝を強化する必要がある。高齢者介護に対する人々の専門的な認識は低く、それほど技術を必要としない煩雑な仕事と考えられているが、こうした観念も高齢者介護の関連学科の学生募集や就業にマイナス影響を及ぼしている。これに関して、各学校は社会全体が高齢者事業に関心を寄せ、高齢者介護と管理の重要性を正しく認識させるため、中国の人口高齢者の現状を幅広く紹介すべきである。また、高齢者介護員を尊重し、正規の教育や研修を受けた資質の高い介護員が学んだことを生かし、介護・管理人材の充実化に貢献し、レベルアップできるようにすべきである。

また、高齢者介護の問題は本質的に実践性が高いため、実践的な問題に関して、理論の巨視的、微視的な指導以外に、問題の具体的な取り扱い方を解決する必要がある。高齢者介護学科は、主として応用型人材の育成を主旨としている。教育において、学生が就業後、研究力、意思決定力を発揮できるよう学生の理論的知識を豊富にし、高く、広い角度から高齢化問題をとらえられるようにすべきである。他方で、学生の基礎知識と専門知識の学習と実践を重視し、老人医学、老年心理学、老年介護学、老年教育学、老年栄養学、老年文化・娯楽などの課程を重点をもって全面的に把握すべきである。理論的な指針があり、実践能力も備えた高齢者介護人材に育て上げるため、学生に関連課程から一つ又は二つの課程を入念に学び、その技能に熟練させるべきである。

「中国高齢者事業発展『十五』計画綱要」は、既存の地域社会の人的資源の統合と十分な利用を重視し、地域ボランティア組織を大いに発展させ、在校生のさまざまな形式

での高齢者介護への参加を積極的に推奨し、専任、兼任、ボランティアを組み合わせた体制を整えるべきと指摘した。職業技能の学習と訓練を強化するため、学校は敬老院、福利院、高齢者マンションなどの介護施設との連絡を強化し、学生が介護施設で実習を受けられるようにするとともに、専門的指導を強化してはどうだろうか。

最後に、高齢者介護学科の生命力を保持できるよう、就職ルートの開拓に努めるべきである。高齢者介護学科の将来性は高いが、各大学の募集の動向は理想的とはいえない。そのうち、就業率は高齢者介護学科の命ともいうべきで、学生の就職率の高さと雇用主の卒業生に対する満足度は介護学科の募集人数と質を決定づける。そのため、学校は就職ルートの開拓に積極的に努め、各介護施設と協働関係を構築し、介護施設の人材意識を高め、専門知識を備えた卒業生を大胆に使用し、専門職者の待遇向上に努めるべきである。高齢者介護施設の従業員の能力を高めてこそ、介護施設の管理レベル、介護の質の向上、入居者の増加、介護施設の収益向上、経営の好循環が望めるのである。

(五) 日本の取り組みと示唆

日本では、1970年代から徐々に高齢者介護人材の育成を重視し始め、高齢者人口の推移状況に基づき速やかに政策を調整し、関連法律を制定し、多方面から介護人材を育成する体制を整えたことにより、多くの介護人材の着実な増加を保証した。40年以上の実践を経て、日本にはよりシステマチックな介護人材育成・認定体系が出来上がり、介護人材の継続的な増加を促進し、高齢化問題に対処する社会全体の基礎を固めている。

1. 日本の高齢者介護人材育成の歩み

日本の介護人材の育成は1970年代に始まり、4段階に区分される。第1段階は初期段階（1970～1980年）である。1970年、日本の65歳以上の人口は730万人に達して総人口の7%となり、高齢化時代に入った。一方、同時期の65歳以上の介護施設入居者比率はわずかに1%（1969年）で、高齢者を介護していた多くの介護者が専門の訓練を受けていない30歳以上の女性だった。一部、介護の必要性が比較的高い特別養護老人ホームでの高齢者と介護職員の比率が5:1に達することはあったが、大部分の介護施設での同比率は20～25:1であり、介護施設と人材の不足状況は際立っていた。そのため、政府は1971年に「社会福祉施設緊急整備5か年計画」を制定した。この計画の実施により、高齢者介護施設数と専門職員数が大幅に改善した。1970年代後期、介護施設の入居者は20倍、介護人材は3.6倍それぞれ増加した。

第2段階は専門化段階（1980～1990年）である。1980年代以降、日本の高齢者のニーズと介護施設のタイプは多様化に向かい、介護人材に対してもより高度な専門能

力が求められるようになった。新たなニーズにより、1980年代以降、関連の専門学校が増え、そのため政府も専門資格の認定を開始した。1987年、日本政府は「社会福祉士及び介護福祉士法」を公布、また1989年には国家資格試験を始めた。社会福祉士は、主に介護の必要な高齢者に対して医療・介護保険・退職年金等の相談に応じ、高齢者が自分に適した介護方式を選ぶよう指導する。介護福祉士は、主に自立生活ができない高齢者及び病人に対して生活介護を提供する。この2つの国家資格の誕生は、日本の介護人材の育成が専門化に向かって進み始めたことを表している。

第3段階は、施設の介護人材の在宅介護サービスへの拡大及び徐々に法制化を進めた段階（1990～2000年）である。1990年、政府は社会福祉関係八法（児童福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法——訳注）を改正した。その核心となる内容は、在宅介護サービスの法制化である。各地方自治体に高齢者福祉計画の制定を求め、高齢者福祉関連事業を実施する。福祉関係八法の改正は、それまで施設サービスを主としていた介護人材の育成を在宅介護サービスに拡大した。介護人材の人数とサービスレベルへの増え続ける需要に対応するため、1993年、政府は「福祉人材確保法」を公布し、介護者数と市場ニーズとの均衡を保証するとともにサービスの質を確保した。それに関連する研修がますます重視されるようになり、中央福祉人材センター、中央福祉学院、都道府県福祉人材センターが相次いで設立され、中央から地方に至るまでの全面的な研修システムが形成された。

第4段階は急成長段階（2000年以降）である。2000年、政府は「介護保険法」を公布した。介護保険の加入者が65歳に達し、法で定められた要介護あるいは生活支援基準に達すると、自ら必要な介護サービスを選択し、サービス提供者と契約して介護サービスを受けることができると規定されている。サービスの内容、形式、提供者が増えるにつれ、日本各地の高齢者介護事業の発展が加速した。統計によれば、新たな政策が直接の後押しとなり、各種サービスを受ける高齢者は2000年の149万人から2009年の384万人に増加した。そのうち施設で介護サービスを受ける人の数は2000年の52万人から2010年の85万人に増え、在宅サービスを受ける人は2000年の97万人から320万人へと3倍に増え、その増加が際立っている。この社会的ニーズに対応して各種の介護者数は急速に増加した。社会福祉士の資格取得者は2001年の2万9,979人から2010年も13万4,066人へと4.5倍増加し、介護福祉士の資格取得者は25万5,953人から89万8,429人へと、3.5倍増加した。

2.日本の高齢者介護人材育成の特徴

(1) 政府による積極的な舵取り

前述のように、介護人材の育成を促進するため、日本政府は1970年代から一連の

関連法律・法規を打ち出した。またそれぞれの時期での高齢化の特性に基づき、絶えず専門人材育成の方向性と措置を調整し、専門的な人材育成のさらなる合理化を図っている。その他、地方自治体も様々な方法により、若者が社会福祉士や介護福祉士の専門試験を受けるよう積極的に奨励している。例えば東京都福祉人材センターでは、関連する学科の学生に20万円の学費と毎月5万円の生活費を無利子で融資している。学生は卒業後に分割で返済することができる。さらに、社会福祉士又は介護福祉士の資格を取得し、東京都内の各福祉施設で5年以上継続して勤務すれば、返済は全て免除される。こうした措置は、当面収入が無い、あるいは収入が少ない学生が順調に学業を修めて専門資格を取得し、高齢者福祉関連の仕事に就くための一定の保障となる。政府が法律と政策を通じて主導的役割を果たしていることは、日本の高齢者介護人材の育成と発展の重要な基盤だといえる。

(2) 学科の完備

1980年代後期以降、日本では福祉関連の学科が注目され始め、各地の大学は次々と関連学科を設置し、現在では355の大学・専門学校がある。そのうち公立大学は27、私立大学208、専門学校120である。また37の大学に福祉関連の大学院が置かれ、19の大学では通信教育の大学院及び学部課程を設けている。45の専門学校に通信教育課程があり、夜間部を設けている学校が18ある。設置されている学科は、社会福祉・介護保健・精神保健・健康科学・保健科学等、多段階で広範囲にわたる本格的な学科体系を形成している。学生は自らの希望により自分に合った学校と学科を選択し、様々なレベルの関連教育を受けることができる。多段階、多学科の育成システムはまさに、日本の福祉人材が近年ますます多様化し、介護サービスが充実しつつある前提条件であり、人材育成の強固な基礎ともなっている。

(3) 整備された職業資格認定体系・規範

1987年、日本政府が高齢者介護人材の認定制度を開始して以来、社会福祉士(Certified Social Worker)、介護福祉士(Care Worker)、精神保健福祉士(Psychiatric Social Worker)等の資格はまとめて福祉の三大国家資格と呼ばれている。この3つの試験は日本政府の委託により、財団法人社会福祉振興・試験センターが実施する。厚生労働省の規定により、社会福祉振興・試験センターは、厚生労働省が定める人員構成に適合する三大試験委員会を設置しなければならない。委員の選任・変更及び解雇には厳しい要件があり、また厚生労働省の承認を得なければならない。試験内容は専門領域に関するものが多く、社会福祉士は18科目の筆記試験、介護福祉士は11科目の筆記試験と実技試験、精神保健福祉士は15科目の筆記試験である。2010年、三大資格試験の合格率は、社会福祉士28%、介護福祉士48.3%、精神保健福祉士58.3%であった。

(4) 職業研修の万全な整備

国家レベルの中央福祉人材センター及び47都道府県の福祉人材センターで構成される行政の研修機関は全国各地をカバーしており、中央から地方までの完全な研修・職業紹介及び支援体系を形成している。福祉人材の質を確保するため、2002年より、日本政府は教育に携わるすべての教員に300時間以上の実地研修を義務づけた。また政府は、各自治体の福祉部門の行政職員の研修について、国立保健医療科学院が責任を持つよう定めた。第一線の教育従事者と政府の職能部門の職員の研修は、教育の質を保証し政府組織の業務の効率と効果を適切に向上させる役割を果たす。完全な職業研修体系は、人材全体の素質向上に極めて大きな推進力となる。

3.日本の介護人材育成の取り組みと示唆

現在、中国はまさに高齢化の急速な進展期にある。統計によれば、2011年末までに中国の60歳以上の高齢者はすでに1億8,500万人に達し、総人口の13.7%を占めている。2013年末までに高齢者人口は2億を超えようとしている。高齢者人口が急速に増加するにつれ、後期高齢者や要介護・要支援高齢者、独居老人等の介護問題が日増しに目立つようになり、介護専門の人材不足がますます際立っている。第12次5か年計画期間に中国全体で必要な最低限の専門介護員は1千万人近くと見込まれているが、現在、介護職業資格取得者はわずか2万人強である。専門職員の不足は中国の高齢者介護サービスの質の向上や、介護事業の持続可能な発展の制約に影響を及ぼす重要な要素となる。日本の取り組みを参考に、法律や経済、行政手段を総合的に運用し、高齢者介護人材チームの建設を加速することが喫緊の課題である。

専門の介護人材こそ高齢者介護サービス民営化の重要な基礎であり、介護人材チーム建設の理念、育成のための学科体系及び職業資格認定体系は、介護人材チーム建設の3つの重要な分野である。今、中国の各級政府は、まず介護人材チーム建設の理念を明確にし、介護人材チームの建設を各地の高齢者事業発展の中長期計画に組み入れ、有効な措置をとり、介護人材チームの建設を本格的に議事日程に上げなければならない。次に、介護人材チーム建設の環境を徐々に整備し、適切な高齢者介護の職業資格認定制度を構築しなければならない。国は既存の「高齢者介護員国家職業基準」に基づき、職業資格認定の類型と基準をさらに細分化し、高齢者介護専門人材の認定の仕組みをより全面的で標準化したものにし、介護専門人材の質を保証しなければならない。さらに、相応の人材育成のための学科体系を構築し、今ある基礎の上に、民間の力が介護専門人材の育成に参加するよう積極的に奨励し、これまでの単一の人材育成方式を改めて多様で多段階の介護人材育成のしくみを築き上げることに重点を置かなければならない。

六、今回の調査研究の概況

中国は国土が広大で、各地の発展がアンバランスである。社会政策の制定と実施内容からみて、まず各地がパイロット事業を実施し、中央政府がパイロット事業の経験を総括したうえで、原則的な政策的枠組みを公布する。一方、地方政府は、現地の実情を踏まえて具体的な実施プランを制定する。公共サービスの資金拠出に関して、中央政府は後進地域に対して指向性のある移転支出（分税制による中央と地方の財政バランスを補正するため、中央政府と地方政府間で資金を無償移転させる制度——訳注）を行うとはいえ、資金拠出の主な責任はやはり地方政府が負担している。このような政策のプロセスは、省区市間で、社会政策の具体的な設計がそれぞれ違っており、とりわけ福祉レベルに大きな差異を生み出すことを決定づけてしまう。独立行政法人国際協力機構の要請により、我々は今回の研究において、北京、上海、成都、青島の4地域を選んで調査研究を実施し、大連と西安については文献研究を実施した。



図6：6か所の調査地域の分布図

注：★は実際の調査地域（北京、上海、成都、青島）、▲は文献調査地域（西安、大連）。

表 11 6 か所の調査地域の経済データ (2012 年)

	GDP (億元)	1 人あたり GDP (元)	財政収入 (億元)	財政支出 (億元)
北京	17,879	81,658	4,513	4,804
上海	20,182	85,373	3,744	4,184
成都	8,139	57,624	2,331	1,770
青島	7,302	90,281	670	766
西安	4,366	51,166	753	597
大連	7,650	110,600	850	1,084

出所：各地の 2013 年統計年鑑より抜粋、いずれも 2012 年の統計状況

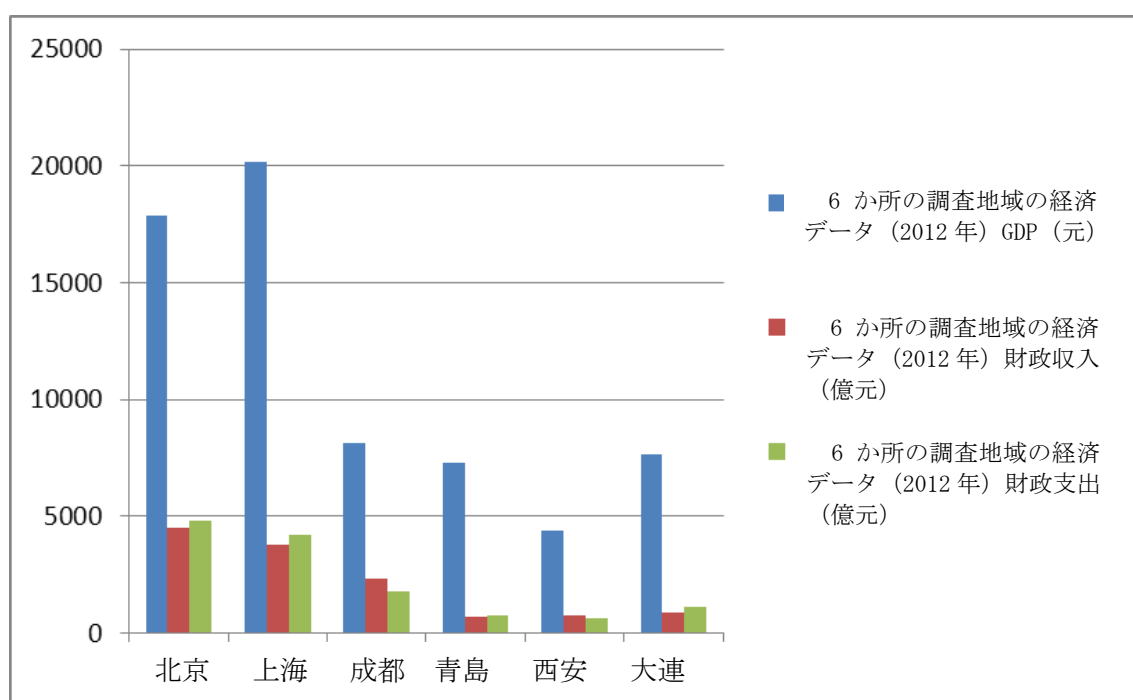


図 7 : 6 か所の調査地域の経済データ (2012)

表 12 6 か所の調査地域の関連人口データ (2010 年)

	常住人口 (万人)	高齢者人口 (万人)	比率 (%)	世帯規模 (人/世帯)
北京	1,961.2	170.9	8.7	2.5
上海	2,301	233.0	10.12	2.49
成都	1,405	136.4	9.71	2.72
青島	872	89.4	10.26	2.79
西安	846	71.6	8.46	2.95
大連	669	71.6	10.71	2.63

注：高齢者人口は 65 歳以上の常住人口を指す。単位は万人。



図8：6か所の調査地域の人口データ

以下には、調査から明らかになった点をまとめた。詳細については、各地域の調査研究報告書を参照されたい。

(1) 上海における高齢者介護の概況

上海は中国で経済成長レベルが最高で、各種の公共サービスが最も発達した都市の一つであると同時に、中国で最も高齢化された都市でもある。まさにこの特徴が、上海の前述した高齢者介護の状況を決定付けている。全体的にみて、上海の高齢者介護は全国で最も早くから開始され、全国でトップレベルにあることは疑う余地がない。上海の高齢者介護体系の整備は2000年頃に始まり、「11・5」期間において体系全体の枠組みがほぼ明確化された。10数年の発展を経て、高齢者介護体系整備の方針は明瞭で、枠組みも万全である。一方、中国の全体的な状況をみると、中国は現時点で、高齢者福祉体系再構築の着手段階にある。つまり、各地が自主的にパイロット事業を行う段階にあるため、全国規模の政策的枠組みは万全なものではない。とりわけ、高齢者介護に係る資金拠出制度が構築されていない。こうした状況は同じように上海の高齢者介護に影響を及ぼす。前述の背景と特徴を踏まえて、我々が今回の調査で発見した点を以下のとおりまとめる。

第一に、サービス内容に関しては、高齢者の多様な需要を満たしているが、既存の供給では需要を満たせてはおらず、多くの有効需要が満足されていない。基本的に、老人介護施設は重度な生活機能障害者の介護を提供でき、地域密着型在宅介護は軽度・中度の生活障害者の介護を提供でき、地域密着型介護ベッドと「在宅医療」はリハビリを提供できる。地域密着型医療施設と関連する社会組織は、健康保健サービスを提供でき、高級の老人介護施設は高水準の高齢者介護を提供できる。つまり、上海の高齢者介護体系の枠組みはすでに構築され始めている。とはいえ、それは高齢者介護の需要を大きく満たせることを意味しているわけではない。前述したように、高齢者介護の資金拠出に関して、政府の責任は非常に限られており、非常

の少数の低所得人口のみを対象としており、資金拠出のレベルも高くない。したがって、最終的な結論は、施設介護を受けられるのは中上の所得者層で、中下所得者層は購買力の制約を受け、その生活機能障害者の介護需要は老人介護施設を通じては満たせない。一方、現時点で政府が支援する地域密着型在宅介護の役割は限られており、わずかな生活ケアしか提供できず、専門性の高い介護は提供できない。完全介護のレベルなどは言うまでもなく不可能である。したがって、中度と重度の生活機能障害者に対する役割も非常に限られている。

第二に、サービス提供において、上海市は多様なサービス資源に対して明確な計画と役割を定めている。施設、地域社会、家庭について明確な位置づけがなされているだけでなく、公的施設と民間施設、専門的な社会組織と地域ボランティアの共同な発展も配慮している。上海は、地域密着型在宅介護を中核として強調している。中国の他地域においては老人介護施設のベッド数追加に力が注がれているとき、上海は地域が支える在宅介護に重点を置いている。一方、施設介護を補足、支援として、施設の専門性とその他のサービスの拡大的役割を強調している。条件に適した民間老人介護施設について、上海市は「民営公助」の形でその発展を支援している。上海市は、入札方式を通じて各種の専門的な社会組織による多様化された高齢者介護の提供を支援している。「上海高齢者事業『12・5』計画」は、各種チャンネルを通じて低年齢高齢者の役割を積極的に発揮することを強調している。中国の経済の中心、対外的窓口である上海自体、さまざまな人材が集い、理念が先進的な地域であるうえ、前述の支持的政策により、上海の各種の高齢者向け組織と施設の発達の間合いはいずれも中国の他地域を遥かに超えている。とはいえ、「発達」は本当の意味での「先進国」と同一視することはできない。とりわけ、公的施設と民間施設の間には大きな格差が存在しており、社会組織と民間施設に対する支援についても、さらなる制度化が待たれる。

第三に、上海の高齢者介護管理体系のレベルと専門性はいずれも高い。高齢者介護の全体的な管理において、上海市は特に計画、基準、制度の建設を強調している。管理組織の整備においては、前述したように、上海市は具体的な管理活動を担当する市、区、街道の3段階地域密着型介護指導センターを設けている。基本的に、施設設置、サービス施設、組織の入札、プロセス管理から最後の評価にいたるまで、上海市はいずれも万全な基準と規範があり、管理に関してこうした基準と規範に厳格に則っている。また、「11・5」期間から現在にかけて、上海は、評価システム、在宅介護の日常管理システム、老人介護施設の設備審査のシステム、施設の日常管理のシステムの4大システムを含めて高齢者介護の情報システムの構築を開始している。

総じて、上海の高齢者介護体系の現状からみて、サービスの内容、提供、管理を含めた全体的なサービスの枠組みが構築され始め、改善されつつある。各種の施

設、組織もそれに参画し、多元サービスの構図が形成されている。まさにそのために、上海の高齢者介護体系は比較的安定した所期目標を基礎として、将来大きく伸びる可能性を秘めている。

しかしながら、現在、この体系の発展を制約する最大の障害は、長期介護のための資金拠出である。政府の資金拠出責任が拡大せず、中低所得層の有効な介護需要が開放されなければ、長期介護の市場はますます非常に限られたものとなり、介護職員の収入が不足し、流動性が高まり、多くのサービスも制度化が進まない結果を招いてしまう。

(2) 北京における高齢者介護の状況

北京市が 1995 年から開始した高齢者介護事業はすでに、ユビキタス型高齢者介護政策、地域密着型介護、専門介護施設の支援の下での地域密着型介護、ゆとりのある政策環境における民間介護組織の育成の 4 本柱で持続的な発展の可能性を呈している。

ユビキタス型高齢者介護政策は、地方出身者を排斥しない高齢者優待政策の均等に反映されており、大規模都市の包容性を体現している。

地域密着型介護に関して、北京市の将来の高齢者介護事業のために最良の基礎と明確な目標が固められた。現在、地域密着型介護は介護事業を専門化、民営化へ向かわせており、すでに一定の成果を収めた地域密着型介護を支援するため、民間資本を専門介護、高度なサービスの分野に引き入れている。

専門介護施設への支援政策は、地域密着型介護の目標達成のために設計された。海淀区と朝陽区はすでにパイロット事業を開始し、一定の成果を収めている。専門介護施設は北京市のウィークポイントであり、将来の方向性でもある。北京市はすでに、「回憶推進養老服務業發展的意見（原文は「回憶」。「加速」の誤植かと思われる。訳文では「高齢者介護サービス事業発展の加速に関する意見」としました——訳注）」の中で、この発展の方向性を明確に示しており、北京市の高齢者介護事業がこの文書で定められた全体的枠組みの中で、具体的な実施措置を適切に行うならば、さらに大きな成果をあげるはずである。

北京市は、前期で特に在宅介護への移行に力を入れたため、その緩和政策は地域の民間組織の積極的な高齢者介護サービス業への参加を後押しした。そこで、家庭で介護を行う世帯や地域の介護ボランティア、地域の高齢者互助活動拠点や高齢者互助ネットワークが生まれたのである。さらに支援的政策が示されれば、民間の積極的な参加を大きく促すだろう。分散した民衆のパワーで現実の高齢者介護の重荷を分担することができれば、住民の就職問題や目前に迫っている高齢者介護問題を解決でき、また最少の公共資金投入で最大範囲をカバーできる、最も経済的な高齢者介護サービスモデルとなるのである。

(3) 成都における高齢者介護の状況

現在の高齢者介護の構造においては、地域の在宅介護と施設介護にはそれぞれの位置づけがある。しかし実際には、現在の成都市の介護施設は、高齢者の介護ニーズに対し大きなギャップがある。これはある種構造的に欠けている部分である。料金の高い民間介護施設では今なおベッド数に余裕があるが、料金が安い公的介護施設のベッド数はまだ逼迫しており、常に満員状態のままほとんど空きがない。地域の介護施設が開設されれば、本来は2つの機能、即ち施設介護及び在宅介護の責任を負うことになっている。施設では、生活自立が不可能な高齢者に介護サービスを提供するとともに、専門の介護チームが在宅介護サービスを地域全体に広げているのである。しかし実際の状況では、一部地域の介護施設が在宅介護サービスの利益が少ないため、大部分のサービスを施設介護に回し、在宅介護が十分に広がっていない。

成都市は現在、地域の在宅介護を「12・5」計画に組み入れ、地域の介護施設の整備を地方政府の業績考課指標に組み入れている。これらの措置は成都市の高齢者介護を伸ばすことに対する決意の表れである。とはいえ、地域の在宅介護の発展の良し悪しは、施設整備の先進性のみによるものではなく、それ以上に地域の人々の要望に適した高齢者介護制度を構築したかどうかがかギとなる。中国の高齢者の伝統に従えば、在宅介護が最も理想的な選択である。地域密着型介護の核心は「地域社会」に留まるのでなく、それ以上に地域社会という経路を通して、資源を住民の家庭に送り込むことである。地域密着型介護の重点は制度移行であるはずだが、地方政府はこれに関して明らかにイノベーションが欠けている。言い換えれば、制度の構築に関して、政府は欠如しており、その欠如がもたらしうる結果こそ、民間組織による短期的利益追求である。政府が引き入れる民間組織は、同じように市場から営業収入を儲けて生き残る必要があるが、違うのは政府がこれら民間組織のために市内中心部に格好の舞台を建てたことである。この舞台が完全に市場原理の環境で運営されると、都市部の低所得高齢者は排斥されざるを得なくなり、政府投資の初志に背く結果となる。

施設介護に関して、成都市政府の90-7-3の構図によれば、施設に入居する高齢者は最終的にわずか3%になるはずであり、施設介護は高齢者介護全体の中で実質上、在宅介護と地域密着型介護の補充である。成都市が老人介護施設に関して直面している主な問題は、介護施設の機能上の線引きと制度の革新をめぐる問題である。公的介護施設は過去に政府が資金拠出と運営を担当しており、「事業単位（企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとられない機構のこと——訳注）」式の運営だった。この方式では、政府の負担が重過ぎる。将来、政府は現在の「公設民営」の方法に従い、社会組織を運営者として引き入れるである

う。しかし、問題は、社会組織を引き入れた後、政府の責任はどこにあるかということである。引き続き都市の「三無」高齢者の扶養責任の負担者であり続けるのか。農村の区・県が負担する公立介護施設の今後の行方はどうなるのか。こうした問題は制度から回答されなければならない。西部地域の現時の発展状況からして、完全に市場経済の原理に従って運営した場合、公立施設はその福利的な本質を失ってしまうであろう。一方、引き続き行政化の方式で既存の福利院を管理する場合、管理が硬直化するため、財政投入の収支があわない結果となる。特に県級政府は従来、市級財政は公立介護施設についてのみを負担し、農村の介護施設は県級の財政が負担していた。しかし、県級政府は3段階の財政の中でも税収能力が最も低くて、自己の発展すら困難であるため、農村の介護施設の育成には力が及ばない。いかに民間の社会組織を引き入れると同時に、都市・農村の低所得高齢者の介護を担うのか。これは制度上革新を図るべき課題である。単純に政府の投資方式を改革するだけで、投入主体が「施設」のままであれば、低所得の高齢者層がいつか公立施設から排斥される恐れがある。

(4) 青島における高齢者介護の状況

2012年7月より、青島市は全国で率先して「医療、ケア、リハビリ、介護」を結合させた「長期医療看護保険制度」を設立・実施した。現在、青島市では、すでに2万人余りの生活機能障害者が長期医療看護保険を受け、保険基金から2億元が支出された。この制度は青島市の都市部従業員及び都市部住民基本医療保険の全ての加入をカバーしている。保険加入者は高齢、疾患、障害などにより身体のある機能を全てまたは一部を失い、生活自立ができず、医療看護施設に入所して、または在宅で長期医療を受ける必要があり、関連の医療看護費用は介護保険基金から支出される。資金拠出に関して、この制度は医療保険の一部とみなすことができ、医療資格のある施設に入所した場合にのみ精算することができる。また、対象とするサービスは単なる医療看護であり、医療看護と生活ケアを含めた包括的な「長期介護」ではない。つまり、この「長期医療看護保険」は先進国の「長期介護保険」とは一定の差がある。とはいえ、中国の他地域に比べて、資金援助が安定しており、青島市における長期介護のアクセシビリティを大幅に高めている。

青島の高齢者介護体系整備の状況を振り返ってみると、その特徴は、経済的に困難を抱える、身体面で困難を抱える、サービス面で困難を抱える高齢者の医療、委託介護、リハビリ、介護などで施設介護の需要を満たすことを重視し、低年齢の高齢者の生活ケア、文化・スポーツ・レクリエーション、保健と予防、社会参加、帰属と自己実現などで地域密着型在宅介護の需要を満たすことも重視している。

老人介護施設のタイプをみると、中・低所得層向けのユビキタス型介護施設もあれば、市場化した、高齢者の差別化や個性化への需要を満たす高級外資参入老人介

護施設（例えば、新華錦（青島）長樂頤養服務有限公司など）もあり、さらに現在計画中の複合型高齢者地域（地域内を自活できる高齢者生活区、生活自立のできる高齢者介護区、ターミナルケア区などに大きく分け、完全な生活・娯楽・医療施設を配備する）もある。

このほか、青島市にはすでに特殊な高齢者グループを対象とした専門サービス施設が多数誕生している。例えば、2013年12月に設立した、公設民営の李滄区永清路街道永清苑社区「記憶護理日間照料中心（記憶看護デイケアセンター）」は、周辺の地域の軽度認知症高齢者に日帰り介護サービスを専門に提供しているデイケアセンターである。同センターの床面積は210㎡で、コンピューター、テレビ、OT訓練機材、サンドペインティング製作台、シャワー、レストランなどの施設と設備を備え、政府は50万元余りを投じ、現在は専門のソーシャルワーカー3人、介護員1人、調理師1人がおり、1か月の利用料は1,500円で、20人の認知症高齢者を受け入れることができる。同センターは以前、周辺地域の2,067人の在宅高齢者を対象に認知機能スクリーニング検査（付属資料5参照）を実施したことがあり、早期認知症の傾向がある高齢者比率が14.7%に上ることを発見した。症状が比較的軽い高齢者と家族の多くは自覚がなく、症状が顕著な認知症高齢者は「隣近所が理解しない、お手伝いさんが世話をしたがるらない、施設が受け入れを望まない」という苦しい状況にしばしば直面している。従って、同センターの主な機能は軽度認知症の高齢者にデイサービス、活動と訓練、レジャーと娯楽のサービスを提供することであり、同時にスクリーニング検査で認知症リスクがある家庭を訪問して研修サービスを行い、認知症の高齢者を抱える家族に「一時預かりサービス」を提供することもできる。センターはさらに周辺の地域で43人の低年齢の高齢者を「健康大使」として募集し、一方で認知症の高齢者に付き添ってもらい、また一方で家庭訪問して健康に関する知識を宣伝してもらっている。こうして軽度の認知症高齢者の知力の衰えを遅らせ、認知症高齢者の家族の負担も軽減させた。

青島市にはさらに中度・重度認知症の高齢者を対象とした専門の看護施設があり、例えば、「12349期頤居家養老服務中心（12349百歳在宅介護サービスセンター）」が該当する。これは認知症や要介護の高齢者の看護を主体とする専門サービス機関で、山東省在宅看護専門ブランドであり、従業者は100人近い。「百歳在宅介護サービスセンター」は異なる地域に3か所の中度・重度認知症高齢者の日帰り介護/長期介護地点を開設し、同時に訪問サービスも提供可能で、おおよその費用は訪問が60元/時間、長期委託介護が5,000元/月となっている。ここの介護員の専門化レベルはかなり高く、全員、看護師証、職業資格証を持つ全科の看護師である。同センターの責任者は日本で10年間、認知症や要介護の高齢者を看護したことがあり、数千人の認知症高齢者の看護例を少しずつ蓄積した、非常に豊富な経験を持つ。認知症高齢者の入所前には、高齢者の個人状況を全面的に評価し、高齢者の「人生のリュック

サク」を開けることで、高齢者一人一人に合った看護計画を徐々に作る。センターのサービス内容は生活の世話、知能訓練、運動能力の訓練と情緒面の管理など多くの面を網羅し、高齢者の生活自立能力増強に向けて努力している。また、青島市の多くの医療機関と提携し、認知症の専門家を招聘して定期的に立ち会い診察と評価を行い、看護計画を定めるとともに、医院に認知症の症例を提供し、軽度認知障害の非薬物療法を探求することに協力している。

青島市にも「康楽（広昌）老年愛心護理院（康楽（広昌）高齢者愛心看護院）」のような専門の高齢者ターミナルケア施設がある。同院は2003年に設立した、民営の高齢者ターミナルケア施設で、すでに1,200人を超える高齢者にサービスを提供し、800人余りを看取った一方、200人余りの高齢者を回復させた。現在、200人余りの高齢者がなお入所しており、ベッド代と看護費は平均1,700円で、同看護院の院長は2007年に「感動を与えた青島の人物ベストテン」に選ばれた。専門化したターミナルケアサービスを通じて、延命、高齢者の苦痛の緩和、家族の負担軽減、尊厳死などを実現する。

介護モデル間の融合という点から見ると、青島市にはすでに多くの「施設介護」と「地域密着型在宅介護」の融合を積極的に試す動きがある。具体的には3つの方面で現れている。第一に、老人介護施設の周辺地域に対する「波及」効果で、出前を含む食事提供、専門の看護、医療リハビリなどの方面でサービスを提供し、施設介護は青島市の介護サービス体系全体を「支える」機能を発揮している。第二に、老人介護施設が地域密着型高齢者デイケアセンターの運営を担当している。第三に、地域の低年齢の健康な高齢者が老人介護施設/地域密着型デイサービス施設のためにボランティアを行っている。これらについてはすでに述べたので、ここでは記さない。

このほかに、行政部門が青島市の介護サービス発展を誘導する一連の支援政策を定めたが、政策の実行状況を見ると事後の監督が依然として足りない。例えば、青島市は非営利優遇型老人介護施設に対し本市の戸籍を持つ高齢者を受け入れる場合、高齢者1人につき毎月200～300元の運営補助を交付するとともに、当該補助の50%以上を介護員の待遇改善に用いなければならないと規定している。だが、実際には、老人介護施設が運営補助の50%以上を介護員の待遇改善に用いているかどうかは、ややもすると知る由がない。

最後に、行政部門間の相互協調が介護領域における作用は日増しに顕著になっている。青島市長期医療看護保険制度は人事局、民政局、衛生局、財政局、老齡弁公室など9つの部門が合同で公布した。ほかに、多方面で協調し、2013年には青島市は60余りの介護サービス施設に対して一般住宅の電気代を適用し、老人介護施設は年間300万元余りの経費を節約でき、運営コストの削減につながった。それでも、こうした部門間の協調はさらに強化しなければならない。例えば、青島市規画局が

2010年に公布した「青島市市区公共サービス施設配套標準及規画導則（試行）（青島市市街地公共サービス施設対応標準及び計画ガイドライン（試行）」は、新規住宅区を整備する時は、相応面積の介護サービス用の建物（1人当たりの面積0.1㎡）を付帯しなければならないと規定している。だが、誰が整備するのか、誰が出資するのか、誰が検収するのか、誰が使用するのかなど各段階の責任主体が明確にされておらず、良い政策を実施しにくくしている。今後、部門間の協調が中国の介護サービス発展過程において不可欠または核心部分となるのは必至であり、結局のところ、介護問題は社会全体が協力して解決しなければならない問題である。

（5）西安における高齢者介護の状況

現在、西安市は在宅介護を社会介護に重点を置くと同時に、在宅介護による地域密着型介護のネットワークと情報共有の場の支持と整備を強調するため、政策文書を公布した。この方向性は、西安市の高齢者介護需要の実情に即し、中国の将来的な高齢者介護の方向性にも適合するとともに、既存資源の有効な配置・利用にも寄与する。地域密着型在宅介護の効果を真に発揮し、その最高の介護効果を実現するには、地域密着型介護組織の育成など、付属設備が充実した補助サービスに依存する必要がある。これに関して、西安市の現在の地域密着型介護ネットワークではとても在宅介護を支えるには足りず、さらなる発展が必要である。

西安市民の現時点の高齢者介護方式について、2013年の「西安市住民高齢者介護方式現状調査」によると、（1）西安市において、高齢者の自立方式^①が家族介護と同じく重要な高齢者介護方式となっている。（2）西安市において、自立方式はすでに旧来の家族介護に取って代わり、大部分の高齢者にとって第一の理想的な介護方式となっている。また、75歳以下の若い高齢者にとって第一の実際的高齢者介護でもある。高齢者が年をとり、生活自立が不可能になった場合に限り、再び旧来の家族介護を選ぶ傾向がある。（3）自立方式は第一の理想的高齢者介護方式で、しかも所得水準に無関係という特徴がある

自立方式には周期性の問題が存在する。家族介護方式を期待する高齢者の比率は、60～75歳でわずか28.8%であるが、76歳以上で51.4%と急上昇しており、一定期間が過ぎると、依然家庭に回帰することが分かる。実際的介護方式の傾向も理想的介護方式とほぼ同じである。また、自立方式には、リスクが高いという欠点があるが、充実した地域密着型介護体系の補助を得られれば、それを解決できるであろう。とはいえ、その過程で自立方式は地域密着型在宅介護に移行するであろう

地域密着型介護の本質は、自立方式と地域社会によって高齢者介護を補助することである。中国の地域密着型介護の補助サービスやその他の社会介護方式は発展が十分でないため、人々は家族介護や自立方式を選択せざるをえない。中国で地域密

^①自立方式とは、経済力のある高齢者が経済上、生活上子供に頼らず、自己または配偶者に頼る介護方式を指す。これら的高齢者は通常、子供と同居していない。

着型介護体系の充実化をはじめ、民営化された介護方式が広く実施されれば、ますます多くの人々が地域密着型介護を理想的高齢者介護方式として選択するようになる。西安市民の現時点の実際的高齢者介護方式と理想的高齢者介護方式などの結果から、西安市における地域密着型介護がなお不完全で未熟であることが見て取れる。したがって、西安市で自立方式が急速に伸びる中で、地域社会において社会介護組織を大いに発展させ、関連する高齢者介護政策の制定と充実化を図る必要がある。

(6) 大連における高齢者介護の状況

この数年、大連市政府は人口の高齢化問題を高度に重視し、絶えず政府の推進力を強め、介護福祉事業の発展のために政策支援と資金保証を提供し、多様化した高齢者介護の新たな構図を作り、社会介護ネットワークを初歩的に築き、このうち多くのモデルは大連市が全国に先駆けて初めて創設したものである。国家民政部の関係指導者も高く評価したが、実際の運営にはなおいくつかの問題がある。

まずは、老人介護施設の数及びベッド数の需給において不均衡が際立っている。次は、各介護施設の料金が高すぎ、一般の所得者層の消費能力を超えている。そのほかに、各介護施設の発展がアンバランスである。公立施設が常に満員状態にあるものの、民間施設は入居率が低く、とりわけ市中心部から離れた民間介護施設のベッド空き率は70%に達する。さらに、専門の看護スタッフが不足することである。介護業界の人材が不足している主因としては、労働密度や労働に求められる要求が高い一方、給与や社会保障、社会的地位が低いことが挙げられる。介護サービス部門の魅力が低く、スタッフの流動性が高いことが、大連の介護サービス人材の需給格差の拡大を招き、とりわけハイレベルの専門人材が不足している。

大連市は2011年1月より、特殊な困難を抱える都市部高齢者向け在宅介護補助基準を引き上げた。都市部・農村部の地域密着型介護センターは区・市・県、街道（郷鎮）の出資設立を主体に、民間資源に街道（郷鎮）との提携を通じて参入するよう奨励している。経営管理には地域経営または「民営公助」、「公設民営」の形式をとることが可能で、民営化、市場化方式での運営を奨励している。すでに完成し、上記の建設基準に合致する地域密着型介護センターに対し、市政府は「奨励金を補助金に代えて支給」する方式で、各地域密着型介護センターに30万元の補助資金を支給し、主にセンターの内装と設備・施設の追加に利用することとし、3年間で計7,230万元の補助資金を投入した。計画の確実な実施を保障するために、大連市は「地域密着型介護センター建設指導グループ」を設立し、全市の地域密着型介護センター建設の全面的な指導と総合的な調整を担当させた。紹介によると、次に大連市は実需に基づき、介護センターの整備をさらに改善し、地域密着型介護の水準を絶えず向上させ、介護センターの整備を市街地全域で推進し、最終的に都市部と農村を全てカバーする。

七、主な発見と結論

サービス需要の観点からいえば、高齢化はすでに本格的に進行し、家庭の機能では長期介護の責任を背負いきれなくなっており、民営化されたサービス体系が必要とされている。政府と制度の観点からいえば、国民全体を網羅する医療保険制度がすでに構築され、保障レベルも年々上がっているため、費用の管理と保険金の使用効率向上がますます重要になっている一方で、高齢化の傾向を加味した場合、「社会的入院」が保険金の安全を脅かす巨大なリスクと化している。医療保険というリスクはまだ普遍的に顕現しておらず、大部分の世帯は何とか介護の責任を負担できているが、保険金のリスクは多くの先進国で過去に発生しており、この傾向は回避し難いものである。さらに、中国はどの国よりも遥かに進行が速い高齢化の最中にあるうえ、「富む前に老いる」という背景があるために、民営化された高齢者介護体系と政策が強く求められている。

中国の現在の高齢者介護の政策的枠組みと各地の実情及び日本の経験を総合すると、中国は現時点で民営化され、広範囲を網羅する高齢者介護体系が初期の段階にあり、この段階は日本の「黄金の十年」の初期に類似する。つまり、サービス需要が非常に顕著で、政府もこの問題についてアジェンダに掲げ始めているとはいえ、まだ高齢者介護体系の「キャパシティビルディング」の段階にある。この段階でなすべきことは、将来の高齢者介護の政策的枠組みの指針を明らかにするとともに、各種サービス施設や組織の設立を支援することである。過去5年間の発展を振り返ると、中央政府の政策の2つの指針が非常に大きな役割を果たしていることに気付く。

第一に、地域社会を基盤とする在宅介護を民営化された高齢者介護の主要な方式とする方針である。5年前に地方政府は民営化された高齢者介護の重要性を認識し始めたとはいえ、その整備の重点は介護施設であり、目標の設定にあたって「1人あたりベッド数」を強調していた。過去5年間に目を向けると、それは地域密着型介護の萌芽期、急成長期であり、中央政府の文書の呼びかけにより、地域密着型介護組織、地域デイサービスセンター、地域の高齢者食事提供施設などのサービス組織が迅速に増えていることに気付く。我々が調査した地域のうち、上海は地域密着型在宅介護を最も早く重視する政策を確立しており、その確立の時期は国の政策よりも速い。一方、青島、北京、西安、大連は地域密着型介護施設の育成に力を入れている最中である。

第二に、多様化、専門化されたサービス提供の主体を大きく伸ばす方針である。従来の施設介護は公立介護施設が主体で、提供するものも単一的な施設介護であった。「地域密着型介護体系」が高齢者介護体系の主体と定義づけられ、国のサービス業への重要視、とりわけ社会資本の導入による高齢者介護業の発展への注力は、さまざまな老人介護施設や組織の成長につながった。当方は調査の中で、政府の強力

な主導と支援が原因の一つだが、強大かつ複雑な高齢者介護需要も多様化した施設、組織の発展のもう一つの原動力であることに気付いた。例えば、北京の地域密着型介護は政府が強力に支援する以前からすでに存在しており、成都における早期の地域社会の相互支援介護も自発的なものである。上海と青島の調査研究から、高齢者介護を提供する施設・組織は多様で、サービス内容も豊富で、多くの組織は専門性が非常に強く、高齢者の多方面の需要を満たしていることが分かる。

しかし、高齢者介護体系は一つの総体であり、体系の整備にあたって段階的に押し進めるのはもちろんのことだが、各部分の発展は相互に関係しあっていることに注意しなければならない。現在の政策は主として「空間提供」に伴った補助金支給であって、安定的で、民営化された資金拠出メカニズムの欠如が、体系と制度づくりのボトルネックとなっている。生活機能障害者の長期介護費用が高額なため、一般世帯が単独で負担することができない。これはニーズが効果的に満足されないことにつながる。現在、高齢者介護は相当「商品化」しており、公共財ではない。一方で、需要の不足による従業者の所得低下、流動性が高いことから、サービス施設や組織の持続可能性にも大きな問題をきたした。優れた発展を遂げている青島と上海の状況をみると、青島の「長期介護保健」は認知症高齢者向けの介護施設、重度生活機能障害者向けの介護施設など、専門性の高い介護組織の発展を強力に後押ししている支が、内容が限られた保険は高齢者介護市場全体の活性化に寄与することができない。上海が採用するのは各級の政府や官庁のサービス購入による社会組織の発展への支援であり、その政府主導の強さは社会組織の発展を強力に支えるとはいえ、プロジェクトの形式でサービスを購入するといった方法は安定した制度ではないため、多大な不確定性があり、実際の運営が行われる中で、こうした不確定性がもたらすマイナス影響を目にすることができる。

また、社会政策と社会の成長には強い相互関係があり、どんな社会政策も社会全体の団結、平等、持続可能性に影響するため、どんな福祉制度を構築するにあたってでも理論と価値の問題について考える必要がある。高齢者介護政策についていえば、家庭、政府、社会、市場の責任と関係を明らかにしなければならない。しかし、学术界にせよ、政策の策定者にせよ、これに関する討論、思考はまだまだ欠如している。

八、中国の将来の発展の方向性と日中協力の将来性がある分野

前文の分析を総じるに、中国は高齢者介護サービス体系構築の着手段階にあり、制度と能力強化に関する需要が高いといえる。

まず、能力強化に関して、高齢者介護サービス機構とサービス従事者の数の伸びは非常に迅速とはいえ、サービスの量、質はいずれも需要と大きな差がある。前述のように、高齢者の需要は多様化している。介護サービスは医療サービス (Medicare)

と日常生活サービス (social care) に分けられ、これらの2種類はさらに多くのサービスに細分化できる。それに対応するように、さまざまなタイプ、レベルの専門サービス従事者及び各種技術設備のサポートが必要とされている。ただ、中国の現段階の条件においては最低限の介護員と家事サービス従事者しか確保できず、技術設備の確保などはもってのほかである。したがって、能力強化という視点からいえば、それは非常に大きな将来性を秘めている。

調査を進める中で、日本の高齢者介護サービスは専門性がとりわけ長けており、高齢者介護サービスの能力強化が将来、日中協力の最大の分野となることを把握した。中国の中央政府は民間資本の高齢者介護サービス分野への投入を中心として、「介護産業」の発展を支援すると明らかに表明した。我々はまた、調査の中で日中の企業提携によるサービス提供の成功例にも触れた。したがって、高齢者介護サービス関連技術設備を製造する日系企業にせよ、サービスを直接提供する日系企業にせよ、中国は非常に将来性の高い市場である。こうした協力を進める中で、高齢者のサービス需要がいつそう満たされ、中国の高齢者介護サービスの能力も全体的に向上すると同時に日本企業も成長を遂げ、「ウィンウィン」を実現できるであろう。

とはいえ、中国の高齢者介護サービスの発展は中国の制度構築にも依存しており、それは中国が欠如している点でもある。しかも、前文のとおり、制度面の欠如は高齢者介護サービスの発展を阻害し、サービス需要を満たすうえでの最大の障害と化している。言い換えれば、中国の高齢者介護サービス業の能力強化は、融資制度、管理監督制度、サービス評価制度及び各種施設、サービス基準を含めた制度の支援を基盤としている。制度面で、日本が成熟していることは疑うまでもない。したがって、日本が支える制度構築面のさまざまなタイプの研究も非常に必要性が高い。最も重要な点は、これらの関連プロジェクトが政策策定者に影響を及ぼし、中国の高齢者介護サービスの政策を推し進めることである。そうしてこそ、中国の高齢者介護サービス業は好循環、漸次的な発展の道を歩み、中国の「潜在的」な高齢者介護市場が「真」の市場へと変わるであろう。

参考文献

陳卓頤、陳偉然：「我国養老護理員隊伍建設現狀与対策（中国の高齢者介護員チームの建設の現状と対策）」、『長沙民政職業技術学院学報』、2009年16(4)、pp.72~74

陳卓頤、黄岩松：「老年人服務与管理專業弁学存在的問題与対策研究（高齢者サービスと管理専門学校設立に存在する問題と対策の研究）」、『中国老年学雑誌』2004年第3期

黄菲、張会君、解杰梅：「国内外養老護理人員培訓的研究進展（国内外の高齢者介護者研修の研究の進展）」、『介護研究』、2011年25(1)、pp.189~191

康越：「日本養老人材隊伍建設簡析（日本の高齢者介護人材チーム建設の簡単な分析）」、

『中央民族大学学报』2013年第3期、pp. 58-62

林殷：「中国老年学人材培養的現状与对策再思考（中国老年学人材育成の現状と対策に対する再思考）」、『中国老年学雑誌』2005年第6期

張菊美：「影響養老機構護理員隊伍專業化的原因分析及对策（高齢者介護組織の介護員チーム専門化に影響する要因の分析および対策）」、『衛生管理』2008年20(18)、pp. 27

張良礼：『応対人口老齡化：民営化養老服務体系構建及規劃（人口高齡化への対応：民間による高齢者介護サービス体系の構築と計画）』、北京：社会科学文献出版社2006年版

余細香：「養老護理員：培養与就業間的尷尬（高齢者介護員：育成と雇用の間の気まずさ）」、『中国社会工作』2010年第8期、pp. 16~17

中国の社会保障状況と政策、<http://news.xinhuanet.com/>、2004-9-7

「中国高齡者事業發展十五計画綱要」、<http://news.tom.com>. 2006-09

中国の都市部・農村部の高齢者人口状況分析報告書

王 晶

2010年に中国が行った第6回全国人口調査の統計データによると、中国の60歳以上の高齢者人口は1億7,765万人に達し、全国の総人口の13.26%を占める。そのうち、65歳以上の高齢者人口は1億1,883万人、高齢者扶養比率は11.9%に達する①。2015年には、中国の60歳以上の高齢者人口は人口全体の34%に達する見通しである②。一方、2010年の中国の1人あたりGDPはわずか2万9,524円で、発展途上国に属する。高齢者の進展傾向から考えて、今後数十年間で中国は「富む前に老いる」局面を迎えるであろう。

本文の趣旨は、全国規模の大規模なサンプリング調査を通じて、中国の高齢化をめぐる境遇と課題を詳細に分析することである。本報告書のデータは、2011年の北京大学健康・高齢者介護追跡調査をもとにしている。サンプルの代表性を確保するため、調査を4段階に分け、県、郷、村、世帯の4つのレベルでランダムサンプリングを実施した。県レベルの健康・高齢者介護追跡データは、人口に比例した抽出確率を与え、全国の150の県・区、各区・県それぞれ3つの村（地域）を抽出した後、最終的に450の村（地域）を抽出した。世帯のレベルでは、製図やリストによってサンプリングフレームを作成し、各村でランダムサンプリングを行い、最終的に有効世帯24世帯から回答を得た。個人レベルでは、各サンプル対象世帯の中で、年齢が45歳を上回る世帯成員を主な調査対象者とし、配偶者も合わせて調査に参加した。最終的に都市部・農村部の個人1万7,708人を抽出し、ほぼ中国の中高年齢層の概況を代表できたといえる。

一、都市部・農村部の人口の概況

表1の統計結果から分かるように、65歳以上の高齢者人口がすべての高齢者サンプルに占める比率は65.27%。そのうち、80歳以上の高齢者人口は高齢者サンプル全体の11.81%を占める。性別をみると、男性高齢者人口の比率はサンプル全体の51.62%、女性高齢者人口の比率は全体の48.38%。年齢別、性別でみると、80歳以上の高年齢の高齢者のうち、女性高齢者人口は6.71%で、男性高齢者を1.62ポイン

① 全国老齡工作委員会弁公室『2010年中国高齢者事業進展統計公報』

② 『国連の世界人口展望、2010年改訂版』、<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>を参照。

ト上回った。都市部・農村部戸籍からみると、都市部戸籍の高齢者は全体の 52.39%、農村部戸籍の高齢者は全体の 47.61%であった。データから、中国の都市化に伴い、都市戸籍の高齢者人口が上昇していることが分かる。

表 1 サンプル説明 (単位：%)

年齢グループ	総計	性別		戸籍	
		男性	女性	都市	農村
60～64	34.72	18.06	16.67	16.25	17.27
65～69	22.45	12.15	10.42	11.25	11.02
70～74	18.29	9.84	8.45	11.25	8.07
75～79	12.73	6.48	6.13	7.61	5.57
80 以上	11.81	5.09	6.71	6.02	5.68
サンプル全体	100.00	51.62	48.38	52.39	47.61

高齢者人口の学歴（表 2 を参照）をみると、年齢、性別、戸籍によって、高齢者の学歴差が非常に大きいことが分かる。60 歳以下の成年人口のうち、未就学者の比率はわずか 17.9%、学歴は中卒レベルに集中し、中卒レベルの人口の比率は 28%だった。一方、60%以上の高齢者人口の多くは未就学の文盲者で、文盲率は 36.5%、中卒以上の高齢者比率は 21.4%だった。性別でみると、男性高齢者の学歴は明らかに女性よりも高く、女性高齢者の文盲率は 39.1%で、男性高齢者を 27.3 ポイント上回り、男性高齢者のうち中卒以上の比率は 46.2%、女性高齢者のうち中卒以上はわずか 27.3%だった。都市部・農村部戸籍の違いからみると、都市部戸籍の高齢者の学歴は農村部よりも顕著に高く、文盲率は都市部戸籍の高齢者はわずか 9.4%だった一方、農村部戸籍の高齢者は 32.8%に達し、都市部を 23.4 ポイント上回った。また、中卒以上の高齢者は都市部戸籍が全体の 63.4%に上る一方、農村部戸籍はわずか 25.5%だった。大量の研究により、学歴は高齢者人口の健康レベル、社会参加度、就業などに大きく影響し、過去数十年において、中国は都市部と農村部を二元化し、農村部が都市部を補う発展モデルを採用したため、農村部は経済、教育、医療などの分野で都市部の発展水準を遥かに下回っている。こうした差異は、高齢者の人的資本に反映され、農村部の高齢者人口、女性の高齢者人口は教育に関して弱者にあり、目まぐるしく変わる工業化社会の中で、その適応能力が都市部の高齢者に遠く及ばない。また、この差異は一時的なものでなく、農村部の高齢者人口が増えるにつれて、深刻な社会問題となって現れてくる。高齢者人口の貧困化、健康サービスの不足といった問題は、後述する問題でもある。

表2 高齢者人口の学歴（単位：％）

	年齢		性別		戸籍	
	45-59	60 以上	男性	女性	都市	農村
未就学	17.9	36.5	11.8	39.1	9.4	32.8
小学校中退	15.0	18.8	17.0	16.3	9.6	19.6
小卒	19.2	23.3	25.0	17.3	17.6	22.4
中卒	28.0	12.0	26.3	16.1	25.6	19.2
高卒	15.9	6.8	15.4	8.8	26.8	5.8
大卒以上	4.0	2.6	4.5	2.4	11.0	0.2
合計	100	100	100	100	100	100

二、高齢者人口の健康状況

60歳以降の高齢化段階に入ると、人の身体機能そのものは次第に退化するとはいえ、社会経済環境の違いによって、高齢者の健康レベルの悪化スピードは異なる。以下の統計データは、60歳以上の高齢者人口の基本的な健康指標である。高齢者のサンプル全体の中で、日常生活活動に支障がある高齢者人口の比率は38.1%に上り、常時介護を必要とする高齢者（以下、要介護者という）の比率は23.8%に達する。日常生活動作で身体に痛みを感じる高齢者の比率は33.4%、低体重の高齢者の比率は10.7%。高血圧は高齢者に最も普遍的にみられる健康問題で、高血圧をわずらう高齢者人口の比率は54%に達する。

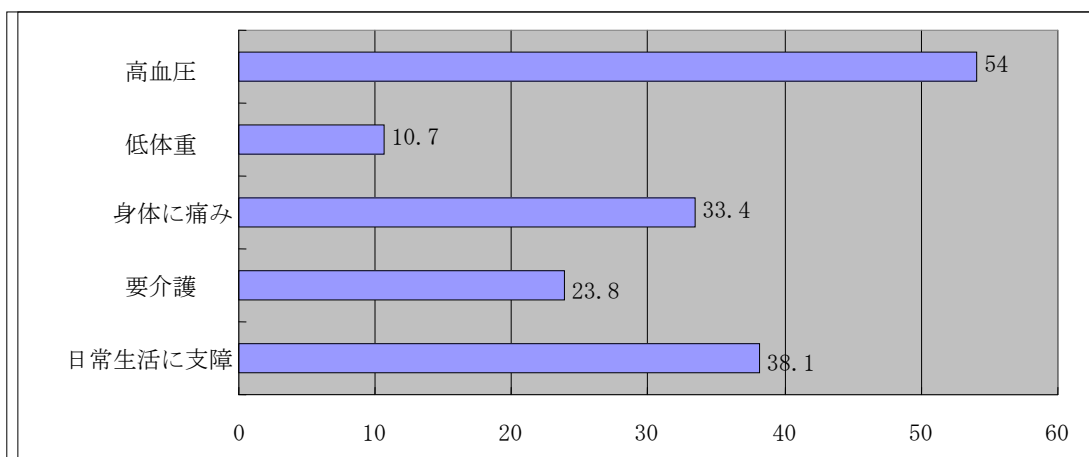


図1 60歳以上の高齢者人口の健康状況

高齢者人口の年齢向上に伴い、高齢者人口の健康状況も急速に悪化している。60

歳以下の要介護者の比率は15%に満たないが、60以上になると、要介護者の比率は急増し、70歳以上の要介護者の比率は約30%、80歳以上になると50%以上に達する。また、男性と女性の介護需要も大きく異なり、各年齢層で女性の要介護者の比率は男性よりも5~10ポイント高い。海外の研究によれば、通常、女性は男性よりもひ弱であるためか、介護を受ける意思をより積極的に示すと考えられているが、それは主観的な解釈である。女性は男性に比べ、他者から介護や理解を得るために、自発的ひいては誇張的に自身の痛みを表現しようとする。一方、男性は自身の痛みを隠蔽する傾向があるため、主観的な面で、女性の介護に対する需要は主観的な表現の影響を受ける。中国では性差別という客観的な要素も存在しており、伝統的な社会においては男尊女卑であるため、教育、医療の分配に関して、女性は男性よりも家庭の助けを得にくいことが多い。そのため、客観的にいっても女性は健康面での弱さが蓄積されてしまう。

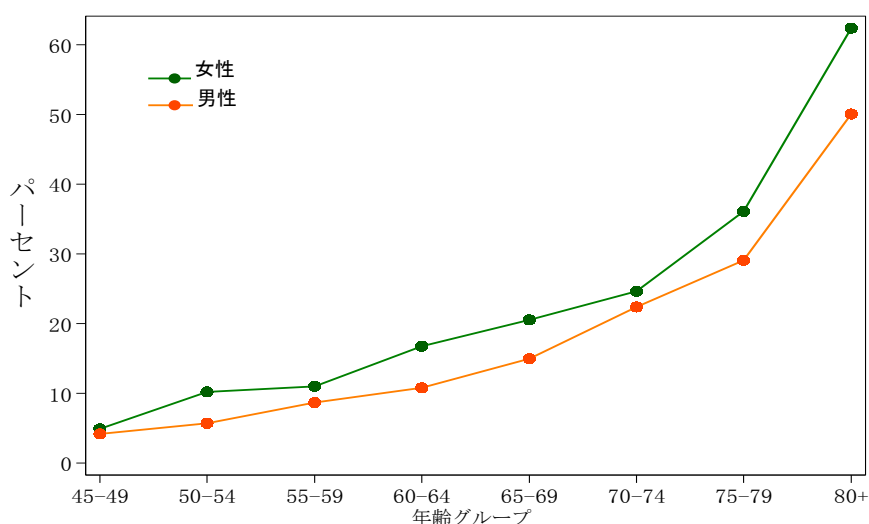


図2：要介護人口の比率

あらゆる健康問題の中で最も深刻なのは、日常生活活動を完全に他人による介助に依存する、高齢者の生活機能障害である。中国老齡中心は、2000年、2006年、2010年の3回に分けて中国の都市部・農村部の高齢者人口追跡調査を実施した。2006年の「中国都市部・農村部高齢者人口追跡調査」のデータによると、都市部の高齢者人口の中で自立生活の可能な高齢者の比率は85.4%、部分的介助を要する高齢者の比率は9.6%、自立生活が不可能な高齢者の比率は5.0%だった。一方、農村部の高齢者人口のうち、自立生活の可能な高齢者の比率は79%で、部分的介助を要する高齢者の比率は14.1%、自立生活が不可能な高齢者の比率は6.9%だった^①。

^① 中国網 2007年12月7日付記事「『中国都市部・農村部人口状況追跡調査』研究報告」
http://www.china.com.cn/news/txt/2007-12/17/content_9392818.htm。

2010年、老齡中心が中国の都市部・農村部の高齢者人口の健康状況について行った2回目の追跡調査によると、都市部・農村部の高齢者人口の中で部分的介助を要する高齢者の比率は15.9%で、自立生活が不可能な高齢者の比率は6.8%だった。農村部の高齢者人口の中で部分的介助を要する高齢者の比率は18.6%、自立生活が不可能な高齢者の比率は7.8%、都市部の高齢者人口のうち、部分的介助を要する高齢者の比率は12.4%、自立生活が不可能な高齢者の比率は5.6%で、都市部における高齢者の自立生活の状況は農村部よりも良好である。2010年の第6回全国人口調査のデータによると、60歳以上の高齢者人口の総数は1億7,765万人、老齡中心が調査した、生活機能障害者の比率に従えば、都市・農村の完全に自立生活が不可能な高齢者は約1,200万人である。そのうち、都市部における生活機能障害のある高齢者人口は約440万人で、農村部における生活機能障害のある高齢者人口は750万人である。都市・農村において部分的に自立生活が可能な高齢者は2,800万人で、そのうち農村部は約1,840万人、都市部は約970万人、都市部・農村部の部分的に自立生活が可能な高齢者と、完全に自立生活が不可能な高齢者を合わせると約4,000万人に上る。一方、「北京大学健康・高齢者介護追跡調査」のデータ統計分析によると、中国の60歳以上の高齢者のうち、介護を必要とする高齢者の総数は4,200万人近くで、この数字は老齡中心の2010年の調査結果とほぼ一致する。

表3：生活機能障害のある高齢者の全国調査の比較

出所		生活機能障害のある高齢者	内訳	
			自立生活能力を部分的に喪失した高齢者	自立生活能力を完全に喪失した高齢者
老齡中心	2006年の調査数	2831	1893	938
	2010年の調査数	4031	2818	1213
CHARLS	2011年のベースライン	4200	3100	1100

三、高齢者への医療保険と医療サービスの供給

高齢者層は、医療サービスに対する需要が最も高いグループで、過去20年余りの市場経済化改革において、医療サービス体制全体も市場経済体制下の損益を自己負担する主体へと変わった。2003年の国家衛生サービス調査の対象者の中で、直近2週間に罹病した人のうち50%は医者にかかっておらず、過去12か月以内に入院を告知された調査対象者の30%は入院していなかった。また、入院していない人の大部分はその理由を入院料が払えないためだと回答した。これらの人たちの75%は農村部で生活し、85%が最も貧困な20%の人口に属していた。入院1回あたりの自己負

担費用は1人あたり年間消費額の55%^①にほぼ相当した。我々の統計データをみると、2009年の新医療改革政策（「医薬衛生体制改革の直近の重点実施案（2009-2011年）」）が公布された後、一般住民の医療サービス利用率はある程度向上し、19.6%の調査対象者が過去1か月内に少なくとも1回診療を受け、9.2%が過去1年間に1回以上入院したと回答した。

前の分析において、現在、慢性病、非感染性疾患は高齢者の健康に影響を及ぼす核心的な問題となっていると述べたが、現在の医療サービスは全体的にみて「医療」が中心で、予防・保健能力は著しく不足している。この点は、高齢者層の高血圧に対する態度をみればよくわかる。高齢者層^②の高血圧患者の40%は医療機関で診断を受けておらず、病気だと自覚していない。農村人口の中で、高血圧を患いながらそうと知らない人の比率は44.4%、都市人口のその比率は30.3%だった。そのほか、専門医療機関の診断を受け、高血圧との確定診断を受けた高齢者もいるが、服薬コンプライアンスは依然として問題視されている。データの結果、農村部の高齢者の20.5%、都市部の高齢者の12.6%の高血圧患者は定期的に薬を服用していない。2009年の新医療改革は末端の医療衛生機関が担うべき11の基本的な公共衛生サービスを定め^③、末端の医療衛生機関は慢性病の抑制、高齢者保健を通常の医療サービスの中に組み込み、政府がその資金拠出の責を負うことを明らかにした。しかし、我々が貴州省で行った実地調査によると、基本的な公共衛生プロジェクトの実施が末端の医療衛生サービス方式の変化に伴って改善されることはなく、その効果は自ずと非常に限られている。多くの地方の生涯カルテ作成率は国の基準を満たしているが、カルテの利用と更新が徹底されていないため、疾病の十分な診療サービスを行うことができず、ほぼ無意味なものとなっている。

医療保険に関して、中国では2003年に新型農村合作医療が発表されて以降、医療保険の加入率は年々上昇している。サンプルのデータによると、医療保険の加入率は、都市部戸籍の高齢者が92.1%、農村部戸籍の高齢者が94%にそれぞれ達した。医療保険のジャンルをみると（表4を参照）、政府・事業単位^④医療保険は3.9%の高齢者人口を、都市部労働者医療保険は16.3%の高齢者人口を、都市部住民医療保険は6.3%の高齢者人口をそれぞれカバーしている。新型農村合作医療保険の加入率は最高で、65.9%の高齢者人口をカバーしている。このほか、商業保険の加入率は1.3%。

① 衛生部統計信息中心（2004）『中国衛生サービス調査研究：第3回国家衛生サービス調査分析報告書』中国協和大学出版社

② 「健康・高齢者介護追跡調査」データの中に高齢者の客観的な健康測定指標があり、それによって高齢者の健康状況を客観的に評価できる。

③ 11の基本公共衛生サービスは▽住民生涯カルテプロジェクト▽健康教育▽免疫計画プロジェクト▽感染症の報告と処理▽児童保健▽婦女保健▽高齢者保健▽慢性病予防抑制プロジェクト▽リハビリサービス▽不測の健康危機管理▽基本の医療救急サービス――。

④ 企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとられない機構のこと。――訳注

表4 医療保険のカバー率と保険別の料金（60歳以上）

医療保険の種類	人口カバー率（%）	保険料額（元）
政府・事業単位医療保険	3.9	0
都市部労働者医療保険	16.3	0
都市部住民医療保険	6.3	120
新型農村合作医療保険	65.9	30
商業医療保険	1.3	138
その他の医療保険	0.9	120

医療保険の保険料額は種類に関係なくいずれも低い（表4を参照）、低い納付金額をめぐる政策的な背景はそれぞれ異なっている。政府・事業単位医療保険は、以前より公費医療の形式を採用し、政府の公共財政から補助金が拠出されている。したがって、その対象高齢者の納付金額が低いとしても、実際の医療保険待遇は悪くない。一方、新型合作医療保険は2003年に推進が始まったばかりで、政府は低い納付額により医療保険のカバー率を急速に高めることを狙ったが、低い納付額はまた、農業従事者が受診時に精算を受けられる項目を大きく制限する形となった。このほか、公的な政府・事業単位医療保険、都市部労働者医療保険、都市部住民医療保険、新型農村合作医療保険を含む保険計画はいずれも県において統括されるため、高齢者が県域外に出た場合、元の所在県の保険は移動後のエリアに適用されない。今日の医療保険の断片化は、高齢者医療サービスのアクセシビリティに影響を及ぼす重要なファクターでもある。

表5 1990～2010年の1人あたり医療費と1人あたり純所得

	省属病院の1人あたり入院料	地級市の病院の1人あたり入院料	県病院の1人あたり入院料	農村部住民の1人あたり純所得	入院料が所得に占める比率	農村部のエンゲル係数
1990	1,021.1	624	399.8	686.3	58.3	58.8
1995	3,915.9	2,205.8	1,291.1	1,577.7	81.8	58.6
2000	6,513.8	3,718	2,279.6	2,253.4	101	49.1
2005	9,871.2	5,452.4	3,380.9	3,254.9	104	45.5
2008	1,1084.1	6,557.1	4,115.3	4,760.6	86.4	43.7
2009	12,121.6	7,214.9	4,381.1	5,153.2	85	41
2010	12,938.7	8,100	4,891.5	5,919	82.6	41.1

出所：『2011年中国衛生統計年鑑』

医療保険の対象エリアはすでにほぼ全国を網羅した。では、住民の「高額な受診料」の問題は緩和されたのか。我々はまず、過去の統計データを簡単に整理した（表5を参照）。1990年から2010年にかけて、省属病院の1人あたり入院料は1,021.1元から1万2,938.7元に上がり、20年間で12倍に増えた。地級市の病院の1人あたり入院料は624元から8,100元に上がり、20年間で13倍に増えた。県級病院の1人あたり入院料は399.8元から4,891.5元に増え、20年間で12.2倍に増えた。一方、農業従事者の1人あたり純所得をみると、1990年は686.3元、2010年は5,919元で、20年間の増加幅は8.6倍にとどまっている。農業従事者の純所得の成長ペースは入院料の伸びにとっても追いついておらず、入院料が所得に占める比率は2010年には82.6%となった。一方、農村部のエンゲル係数はわずか41%で、入院料はすでに農業従事者の食品支出の比率を超えている。従って、巨視的なデータから、入院料が一般住民にとって依然として大きな経済的負担であることが分かる。

表6 昨年の入院治療及び前月の外来受診時の月間自己負担費用

医療保険の種類	入院治療		外来治療	
	年間自己負担費用の中位数(元)	自己負担費用の世帯1人あたりの年間支出に占める比率(%)	月間自己負担費用の中位数(元)	自己負担費用の世帯1人あたりの月間支出に占める比率(%)
政府・事業単位医療保険	1,800	11.4	90	9.1
都市部労働者医療保険	2,400	22.2	170	11.2
都市部住民医療保険	3,000	29.7	100	22.3
新型農村合作医療保険	2,400	39.7	100	25.0
商業医療保険	3,700	36.5	50	4.7
その他の医療保険	1,700	22.9	120	22.3
保険無し	4,000	41.6	198	43.6

表6のサンプルの微視的なデータをもとに医療負担をさらに分析すると、政府・事業単位医療保険では、入院時の自己負担費用の中位数は1,800元で、世帯の1人あたり年間支出に占める比率の中位数は11.4%。都市部労働者医療保険と都市部住民医療保険では、入院時の自己負担費用の中位数はほぼ同じで、それぞれ2,400元と3,000元。世帯の年間支出に占める比率の中位数も差が小さく、それぞれ22.2%、29.7%で、この支出比率は政府・事業単位医療保険の比率より11~18ポイント高い。新型農村合作医療保険では、農業従事者の自己負担費用の比率の中位数は2,400元で、世帯の年間支出に占める比率は39.7%。この比率は政府・事業単位医療保険、

都市労働者医療保険、都市住民医療保険を遥かに上回る。4つの公的医療保険のうち、新型農村合作医療保険のカバー率が最も高く、その自己負担額も最高である。この点から、中国の医療保険システムは実質上、低所得層の方が高所得層よりも医療支出が高いという逆進性を持つことが分かる。外来受診時の自己負担費用の中位数は大きな差異がない。新型農村合作医療保険は100円で、都市部住民医療保険の自己負担費用の中位数に相当する。都市部労働者医療保険は170円で、政府・事業単位医療保険は90元とやはり最低である。また、外来受診時の自己負担費用が世帯の1人あたり支出に占める比率も差異は大きな差がなく、都市部労働者医療保険は11.2%、都市部住民医療保険は22.3%、新型農村合作医療は25.0%。

四、高齢者人口の経済状況

データ統計によると、中国の23%の高齢者人口の消費水準は貧困線以下にあり、貧困は高齢者人口に非常に普遍的な現象といえる。貧困問題を論じる場合、絶対的貧困と相対的貧困に分けて考える必要がある。絶対的貧困とは、人々の生活水準に関して、最低限の物質的生活水準を下回る生存状態をいう。一方、相対的貧困が測るものは、社会的富の各社会階層間の配分問題であり、相対的貧困とは、一部の人の所得水準が相対的に剥奪されている生存状態をいう。政策的な切り口からいえば、都市の最低生活保障の対象、農村部の最低生活保障の対象、農村の5保（衣食住医療の保障を受ける——訳注）対象が、政策が識別する絶対的貧困人口である。民政部の公式サイトが公布した2013年第4四半期の社会サービス統計情報によると、都市部住民で最低生活保障を受けている人は2,061万人で、そのうち60歳以上の高齢者人口は336万人、最低生活保障の基準は373元/月。農村部住民で最低生活保障を受けている人は5,382万人、そのうち60歳以上の高齢者は2,015万人で、農村部の貧困人口の38%を占め、最低生活保障の基準は203元/月。農村部の5保対象は538万人で、そのうち60歳以上の高齢者は466万人。5保の対象は集中扶養と分散扶養に分かれ、集中扶養の対象は184万人、集中扶養の平均基準は390元/月である一方、分散扶養は354万人で、分散扶養の平均基準は291元。これら3つの人口は紛れもなく最も貧困な人口で、政策によって制定された基準ではその基本的な生存需要を満たすことしかできない。高齢者人口についていえば、絶対的貧困状態は、大部分が自立生活能力の低下や健康水準の悪化に起因する。健康状態が健常者の状態に快復する可能性がある青年人口とは異なり、高齢者人口はいったん絶対的貧困に陥ると、そこから抜け出すことは困難である。

高齢者層の内部で、貧困の深刻さも差異が存在する（表7を参照）。性別でみると、女性高齢者の貧困発生率は24.1%で、男性よりも2.3ポイント高い。これは、前述の統計結果における女性高齢者の身体的健康の弱さと一致する。農村部において女

性は通常、世帯主の地位になく、世帯の財産所有権を持たない。女性の平均余命は男性高齢者よりも長いため、高齢期になって配偶者を亡くした場合、子供とともに暮らし、子供が主な世帯主となるのが通常である。女性高齢者は生活を子供に頼り、その生活支出は子供の経済的支援に依存するようになる。中国の市場経済化により、伝統的な「老後のために子供を育てる」という考え方が揺らぎ始め、農村部で高齢者生活介護をめぐる家庭内紛争がますます多くなり、世代間の関係もより功利化していることも、一部の女性高齢者の貧困化をもたらしている原因である。

貧困発生率を戸籍別にみると、農村部の高齢者は 28.9%で、都市部の貧困発生率を 19.39 ポイント上回る。過去数十年において、農村部の高齢者の介護主体は主として家庭に依存していた。しかし、この制度化されていない扶養方式は遙か昔から続く「孝」の文化的伝統を維持するという積極的な意義があるとはいえ、農村部の家庭に多大な経済的圧力をかけるという消極的な面もある。2009 年に新型農村高齢者生活保障制度が構築される前、中国の農村部には継続的で、政府が統括する高齢者生活保障政策がなく、一部の地域で農村高齢者生活保障のパイロット事業が実施されてはいたものの、低レベルで、継続期間が短く、結果的にすぐに廃れてしまい、大規模な推進には至らなかった。そのため、都市部と農村部の高齢者の貧困格差に潜むより深層の原因は社会保障制度の差異にある。

居住方式からみて、独り暮らしの高齢者の貧困発生率は 23.6%と高く、子供と同居する高齢者の貧困発生率よりも 0.7 ポイント高い。農村部戸籍の高齢者についていえば、世帯成員と子供による経済的支援は、貧困の発生低下に重要な役割を果たしている（図 4 を参照）。夫婦二人の世帯所得のみを考慮した場合、高齢者人口の貧困発生率は 65%に達する。世帯成員（子供と同居）の 1 人あたり所得を加味した場合、高齢者の貧困発生率は 46%に低下する。一方、その他の子供による送金を加味した場合、高齢者の貧困発生率は 40%まで低下する。従って、現在の農村部の状況から考えて、社会保障制度が整備されていないため、世帯成員による高齢者生活支援は依然として高齢者の晩年の生活を維持するための重要な支えといえる。

表 7 高齢者の貧困率（パーセント）

	性別		戸籍		居住方法	
	男性	女性	都市部	農村部	独り暮らし	子供と同居
貧困率	21.8	24.1	9.51	28.9	23.6	22.9

近年、中国政府は高齢者生活保障制度の高齢者の貧困緩和に対する重要な意義を意識し始め、高齢者生活保障の対象、範囲の拡大に注力している。2009 年に公布された新型農村高齢者生活保障制度の意義は、長期的に制度対象外にあった農村部の高齢者層を国の高齢者生活保障制度の枠組みに入れることにある。図 3 によると、

都市部人口の中で、63%の住民は労働者養老保険に加入しており、21.4%の住民はその他の養老保険（国家規定の社会保険。日本の年金に相当する——訳注）に加入している。農村部において、2010年までに新型農村社会養老保険のカバー率は全体の25.6%に達し、引き続き拡大している。

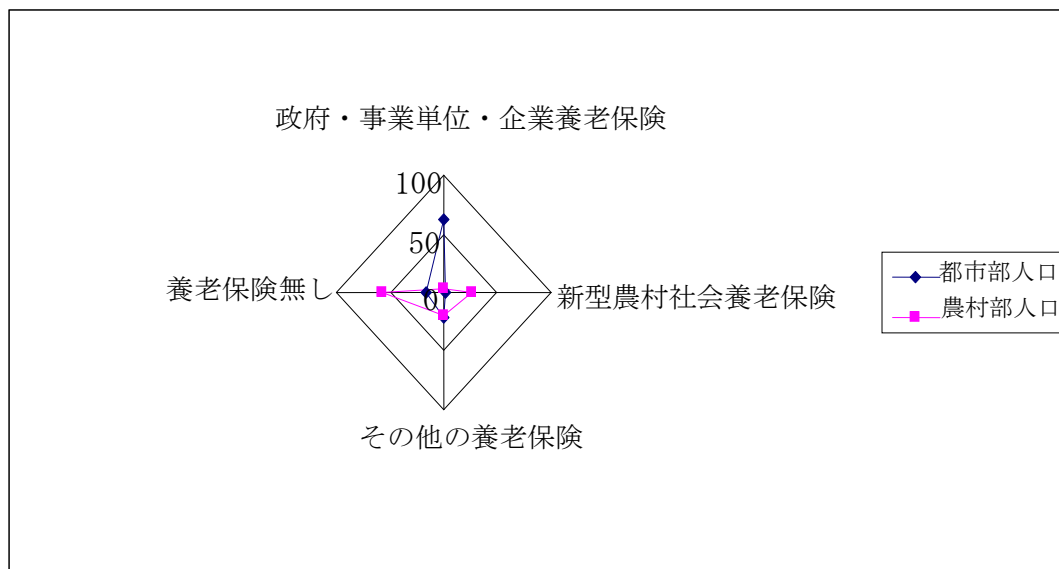


図3 都市部・農村部の各種養老保険のカバー率

図3の結果より、都市部人口の中で、63%の住民が労働者養老保険に加入し、21.4%の住民がその他の養老保険に加入している。農村部においては、2010年末時点で、新型農村社会養老保険のカバー率は25.6%に達し、今なお拡大を続けている。

すべての養老保険対象者の中で、新型農村社会養老保険を受領した高齢者の比率は18.2%で、その比率は最高である一方、受領した養老金の中位数は最低で、年間の養老金受領額の中位数はわずか720円である。養老金が1人あたり支出に占める比率の中位数も21%と最低である（高齢の高齢者<80歳以上>向け生活手当を加味しない）。都市住民養老保険の受領者の比率は14.4%、養老金の中位数は1,200円、1人あたり支出に占める比率の中位数は38.7%で第2位。企業労働者基本養老保険と企業労働者補充養老保険の中位数はそれぞれ1万8,000円、13万2,000円で、養老金の中位数は1人あたり支出額を超え、比率はそれぞれ193%、170%である。この比率は、都市部住民養老保険と新型農村社会養老保険を遥かに上回る。政府・事業単位養老保険を受領した高齢者人口の比率は10.9%で、養老金の中位数は2万4,000円、養老金が1人あたり支出に占める比率の中位数は242.2%で、都市部住民養老保険を203.5ポイント、新型農村社会養老保険を221ポイントそれぞれ上回る。養老保険項目によって福利厚生水準も大きく異なると同時に、各保険項目が相互に分割されているため、融合が難しい。この水準の差異は、社会主義経済期の都市部-農村部の二元体制の名残で、短期間で徹底的に解消することは難しい。

表 8 60 歳以上の高齢者の養老金受領状況

養老保険の種類	カバー率 (%)	養老金 (元)	養老金が 1 人あたり支出に占める比率の中位数 (%)
高年齢の高齢者向け生活手当	3.6	720	19.1
新型農村社会養老保険	18.2	720	21.0
都市部及びその他住民の養老保険	14.4	1,200	38.7
企業労働者基本養老保険	10.7	18,000	192.9
企業労働者補充養老保険	1.2	13,200	169.7
政府・事業機構養老保険	10.9	24,000	242.2
商業養老保険	0.3	14,400	106.1
その他の養老保険	2.7	9,600	150.7

前述の統計データによると、新型農村社会養老保険はいくつかの養老保険計画の中で補助額が最低である。新型農村社会養老保険制度の実施初期においては、制度の信頼性などの要因により、加入する農業従事者の納付率は非常に低く、大部分の農業従事者は基本的な養老金の部分を納付するだけであった。では、新型農村社会養老保険への参加によって農村部高齢者の貧困の現状を緩和できるのか。我々は新型農村社会養老保険に加入する高齢者と、未加入の高齢者を対象に比較分析を行ったところ、加入者の貧困発生率は 30%、未加入者の貧困発生率は 39%であった。統計データから、新型農村社会養老保険は確かに農村部の高齢者の貧困の現状をある程度緩和できていることが分かる。しかし、長期的にみると、「家庭介護」と「制度介護」の 2 つの高齢者支援モデルは相互に影響しあう可能性がある。一つの考えられる影響は「クラウドディングアウト効果」で、新型農村社会養老保険の普及に伴い、高齢者が子供による介護費によって生計を維持しなくなると、高齢者の貧困問題が現在のそれと性質上違ったものになる可能性がある。

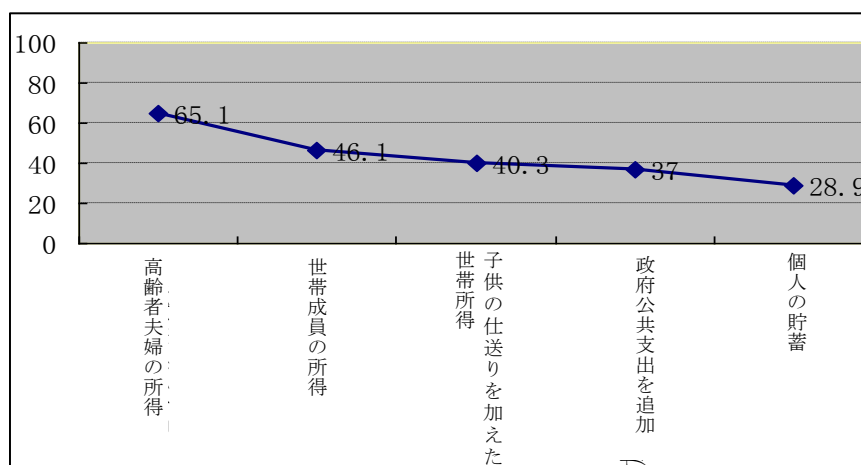


図 4：農村部の高齢者人口の貧困発生率

五、家庭における高齢者への介護支援

現在の社会形態において、家庭は依然として高齢者介護の主体であり、農村部においてはそれが一際顕著である。ただ、20年余りの市場経済化改革を経て、世帯構造も大きな転換が生じた。我々の統計データからみて、農村部世帯のうち夫婦二人で居住する世帯は47%で、子供と同居している世帯は37.8%に低下している。杜鵬（2012年）の第6回国勢調査の推算によると、現在、農村部における単身世帯は1,824万4,000戸で、夫婦二人で暮らす高齢者の世帯数は2,189万1,000戸。これら2つの数字から推計すると、夫婦二人暮らし世帯の中の高齢者人口は少なくとも6,200万人で、高齢者人口全体の3分の1を占め、この数字は我々のサンプリング統計結果とほぼ同じである。では、今日の農村の世帯構造はどのようになっているのか。ここでは王躍生（2006）の中国の世帯構造の分析結果を参考にし、2011年のサンプルデータと1982年、1990年、2000年の世帯構造を比較する。最も主要な変化は、以下の2点に現れている。1) 高齢者が子供と同居する世帯は、前3つの段階に比べて低下しており、直近の2000年に比べて15.8ポイント低下した。2) 夫婦二人で暮らす世帯の比率が前3つの段階に比べて顕著に向上し、直近の2000年には25.5ポイントに向上し、1990年に比べて34.25ポイント上昇した。

表9 高齢者の居住方法 (%)

	2011年 (サンプル)	2000年	1990年	1982年
夫婦二人で居住 (独り暮らしを含む)	47	21.5	12.81	12.75
子供と同居	37.8	53.6	67.31	67.2
その他の者と同居	16.2	24.9	19.88	20.05
合計	100	100	100	100

資料元：1982年の世帯構造のうち、核家族世帯と「その他」の世帯類のデータは「1982年国勢調査資料」の集計データ（中国統計出版社、1985年、第476～477ページ）を出所とする。その他の種類のデータは、曾毅らの「中国における1980年代以降の核家族世帯の変動傾向」、1990年の世帯構造のデータは、曾毅らの「中国における世帯構造の現状、地域別の差異及び変動の傾向」をそれぞれ出所とする。2000年のデータは第5回国勢調査の長表（国勢調査で使われる調査表で、より詳細な情報を記入する表——訳注）のデータ（全国1%人口のサンプリング）から算出した。注：サンプルデータは、北京大学中国经济中心の2つの県におけるランダムサンプリング調査を出所としており、全国の結果とある程度誤差が存在する可能性がある。

大部分の世帯の高齢者は子供と別々に住んでいるが、高齢者世帯と子供世帯にはやはり密接で複雑な関係が存在している。下図のデータにみると、直近の子供がその父母と同じ村または地域に居住する比率は37.87%に達し、直近の子供とその父母が同じ県に住む比率は15.4%である一方、直近の子供が外の県・市に住んでいる高齢者はわずか6.1%だった。現在、農村部において、青壮年の労働者の多くは出稼ぎに出ており、名義上は子供と同じ家庭に住んでいても、実際は年中独り暮らしをしており、子供の代わりに孫の世話をしているケースさえある。こうした状況の下で、同居している子供の責任は、非同居世帯の中で再分配されうる。同居していない子供がその父母と通常、同じ地域に住んでいるという場合、経済的には高齢者と独立していても、子供は父母に日常生活の介護を提供するであろう。

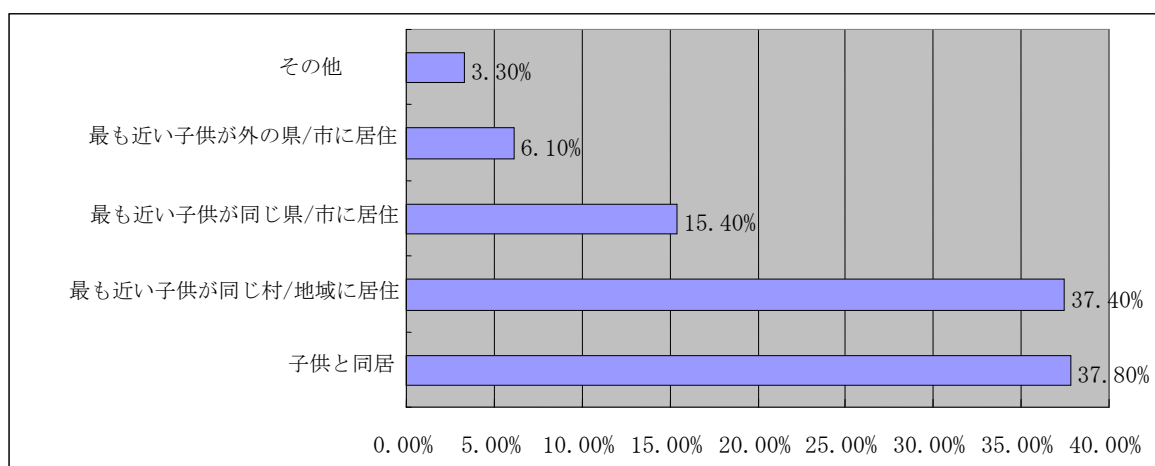


図5 60歳以上の高齢者と最も近くに住んでいる子供との距離

表10をみると、日常生活の支援を必要とする高齢者の中で、88.7%は世帯成員の支援を得られているが、11.3%は一切の支援が得られていない。子供の支援を得られない高齢者層は以下の2種類に分けられる。

- 1) 独り暮らしの高齢者——28%近くの独り暮らしの高齢者が子供の支援を得られていない。
- 2) 貧困高齢者——貧困でない高齢者と比較して、子供の支援を得られない貧困高齢者の比率は14.8%である一方、子供の支援を得られない非貧困高齢者の比率は10.4%と、前者が後者を4.4ポイント上回る。

将来、子供が出稼ぎに出る比率が高まるにつれて、独り暮らしの高齢者の比率も高くなり、高齢者の介護責任も伝統的な家庭モデルを揺るがすであろう。

表 10 日常生活活動の支援を必要とする 60 歳以上の高齢者と支援を得ている人口の比率

支援取得高齢者の比率	サンプル全体	経済状況		居住状況	
		非貧困	貧困	非独り暮らし	独り暮らし
	88.7	89.6	86.2	89.7	75

伝統的な社会倫理に従えば、高齢者の経済的支援と日常介護は息子が担う。しかし、統計データから、この考え方が目まぐるしく変わる社会の中で知らず知らずのうちに変化していることが分かる。経済的支援に関して、農村部の息子がその父母に与える経済的支援の平均金額は 1,572 元、娘がその父母に与える経済的支援の平均金額は 799 元と、娘の父母への経済的支援が父母の生活において重要な地位を占めるようになっている。日常介護に関して、息子が父母を介護する比率は 87%、娘がその父母を介護する比率は 50%で、精神的支援に関しては、息子が父母に精神的支援を与える比率は 61%、娘のその比率は 39%である。伝統的な社会においては、娘は「撒いた水」であり、結婚した娘にとって実家は生活の中心から外れていた。しかし今日、娘がますます実家の社会生活に介入するようになり、ひいては高齢者への支援に関して息子が負担したがる役割さえ担っている。娘の介護の役割が際立っている要因としては、以下の 2 点が挙げられる。1) 農村部の男性労働力が大量に出稼ぎに向けられ、息子の役割の欠如が社会内部体制の再調整を必要としている。2) 家庭、社会における女性の地位が高まり、女性の地位向上が嫁の実家生活の構築参加に役立っている。

息子が与える経済的支援と娘が与える経済的支援は、量的な差以外に、性質的な差異も存在する。息子が高齢者に与える経済的支援のうち、「定期的な仕送り」の比率は 20%を占める一方、娘が高齢者に与える経済的支援のうち、「定期的な仕送り」は 8%に満たない。「定期的な仕送り」を行うかどうかは、子供の高齢者に対する経済的援助の性質を表している。農村において、高齢者が晩年労働に参加できなくなった場合、すべての息子を集めて父母の介護問題についての話し合いを行うが、通常は高齢者の衣食その他日常生活の需要を満たすために、一定のルールに従って、高齢者に毎年定期的な仕送りを与えることが多い。一方、女性は通常、「ルールに従った」資金援助の役を担うことはなく、その資金援助は自発性、恣意性を伴う。資金源の違いによって、高齢者の話し合い仕方や心理的プレッシャーも異なると考えられる。今日の農村社会において、息子が親の介護をしたがるという現象は珍

しいものではなく、高齢者に複数の息子がいる場合、責任のなすり合いは時折発生する。成文化されていないルールによって息子は毎年「定額」の養老金の支払いを求められるが、それを遵守する者は少なく、違反者が多い。そのうえ、それは習わしが次第に定着した潜在的なルールであり、特定の法律機関がその実行を監督しているわけではないため、息子に養老金の支払いを求めるにあたって苦勞する高齢者もあり、こうした苦勞は高齢者に多大な精神的負担をもたらさうる。一方、娘の資金援助の多くは父母に対する家族愛に由来するため利益をめぐる争いや衝突は起こらず、高齢者にとっては娘からの資金援助の方がより大きな慰めとなる。

表 11：息子と娘の父母への老後生活支援

	平均値	標準偏差
息子による経済的支援（元）	1,572	3,388
息子による日常介護（パーセント）	87	34
息子による感情的コミュニケーション（パーセント）	61	49
娘による経済的支援（元）	799	5,912
娘による日常介護（パーセント）	50	50
娘による感情的コミュニケーション（パーセント）	39	49

六、高齢者の就業状況

世界保健機構（WHO）はかつて、「活動的な高齢化」という政策を提唱した。高齢者人口にとって定年退職は受動的な「老後」を意味してはおらず、引き続き社会経済の価値創出に参加し、労働や就業への参加を通じて、高齢者は体力、社会、精神に関して潜在力を最大限に実現できる。また、参加と同時に、高齢者自身の健康、教育のレベルも実質的な向上を遂げうる。中国において、高齢者人口の就業状況は複雑化しており、都市人口が労働市場から撤退する年齢は50～65歳であるが、農村部戸籍の労働力人口の労働市場からの引退は柔軟性が強く、労働力がありさえすれば、農村部の高齢者は70～80歳になっても引き続き農業に従事する。統計データによると、農村部の高齢者人口のうち80歳以降も農業に従事する者の比率は20%であるが、都市部においては45～49歳の就職率は約80%、55～59歳の就業率は40%に落ち込み、60～64歳の高齢者人口の就業率は20%まで低下する。中国政府が制定した定年退職年齢は都市部人口の労働市場からの早期引退をもたらす主因である。国

務院「労働者の定年退職、退職に関わる暫行弁法」によると、女性の定年退職年齢は50～55歳、男性の定年退職年齢は65歳である。従業員の早期退職を勧める企業もあり、1990年代、多くの方が法定退職年齢に達する前に勤続年数の買い取りなどの方法で定年退職手続を繰り上げて行っている。都市部では、高齢者は定年退職手続を終えた後、就業機会が制約を受けるため、中高年者が再就職するケースはほとんどない。

高齢者人口は就業率に関して、性差が存在する。都市部の人口はそれがいっそう普遍的である。図6をみると、都市人口の中で、50～54歳の人口の労働参加率の性差は最大で、男性労働力がこの年齢において労働に参加する比率は78%、一方女性が労働に参加する比率はわずか45%である。年齢の増加に伴い、都市人口のうち女性の労働市場からの引退が加速し、60～64歳に労働市場に残る女性は全体の10%に満たない。都市社会において、1990年代以降、農村部の労働力が大量に入り込み、都市部の女性の労働力に一部取って代わるようになった。都市部の社会サービス業は労働集約型産業に属し、労働者はそれほど文化的素養を求められず、賃金も低い。このような業務形態によって、都市部の女性は引き続き労働市場に参加しなくなるため、都市部の女性はある程度、自発的に周縁化しているといえる。

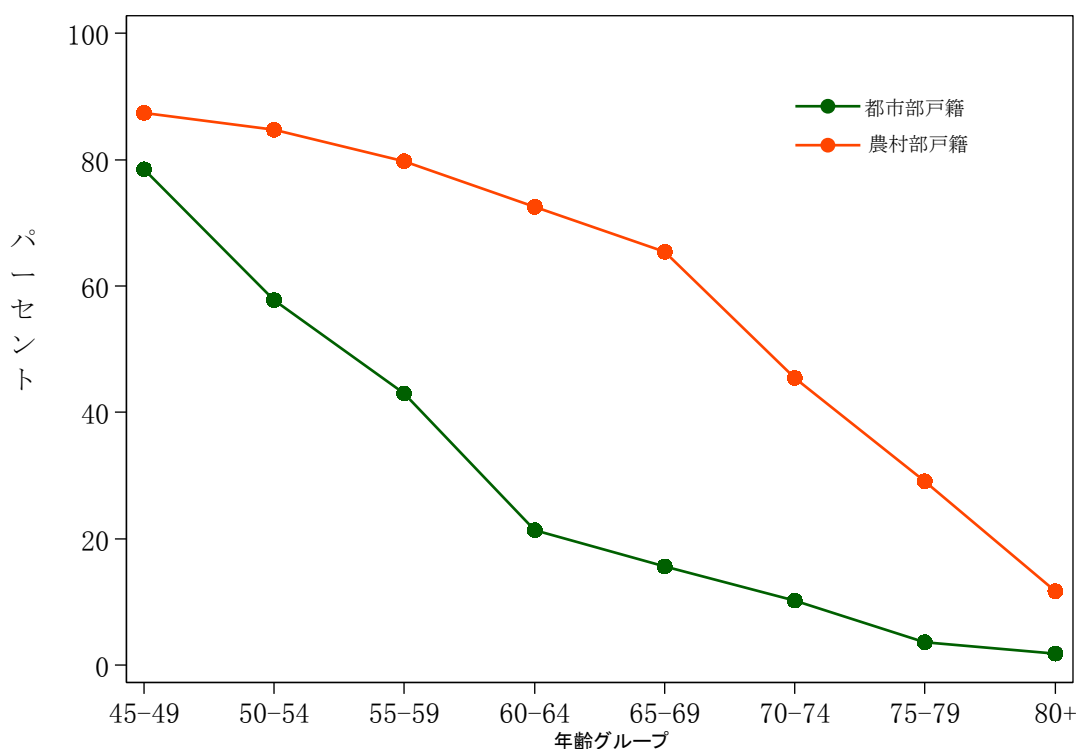


図6 都市部・農村部の高齢者人口の就業状況

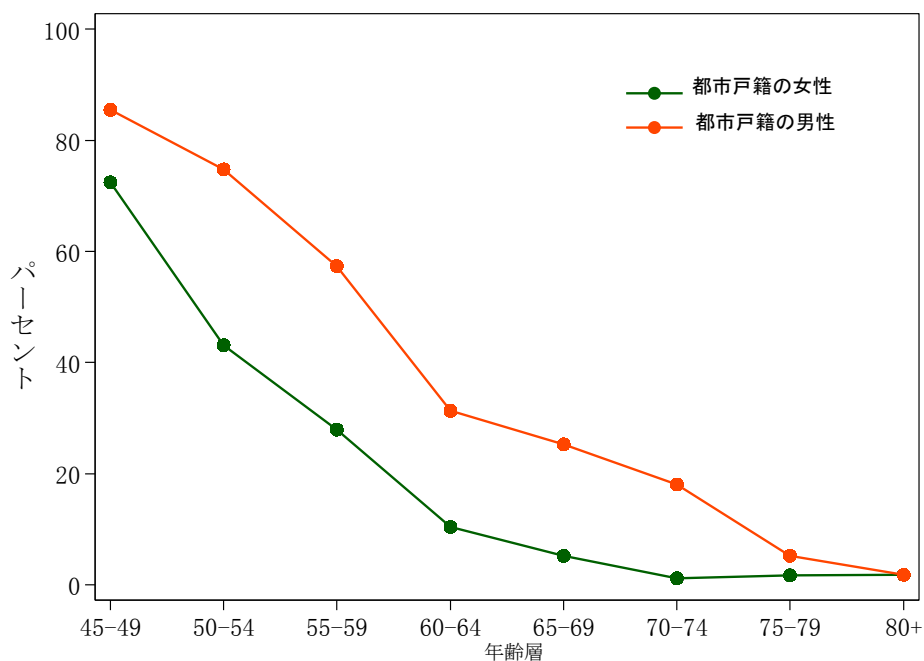


図7 都市部の高齢者人口の就業状況

農業労働に関して、女性高齢者が農業労働に参加する比率は54.65%、男性高齢者のそれは68.15%で、女性高齢者は男性高齢者よりも13.5ポイント低い。非農業労働に関して、農村部の女性高齢者と男性高齢者に顕著な差異はなく、平均水準はそれぞれ12.70%、12.17%である。つまり、農村人口は60歳を超えた後、非農業労働に就ける可能性が非常に小さくなり、非農業の限られた就業活動の多くは、非農業自営業や短期的な労務提供に集中している。孫の世話をする比率は、女性高齢者が60.74%、男性高齢者が51.35%と女性高齢者が男性高齢者を約10ポイント上回っている。

表12 農村部の高齢者人口の就業の現状

就業タイプ	女性高齢者の比率 (%)	男性高齢者の比率 (%)
農業	54.56	68.15
非農業	12.70	12.17
孫の世話	60.74	51.35

表13 就業と農村部高齢者の精神状態

社会的役割	女性高齢者の精神的健康点数 (0~30)		男性高齢者の精神的健康点数 (0~30)	
	参加	不参加	参加	不参加
農業	9.25	8.43	7.70	7.83
非農業	6.74	9.26	6.28	12
孫の世話	9.79	9.46	8.75	8.84

就業タイプと高齢者の精神状態には密接な関係がある。女性高齢者についていえば、農業活動に参加する女性高齢者の精神的健康点数は 9.25^①で、農業活動に参加していない高齢者よりも 0.8 高い。つまり、女性は非農業就労の精神的健康に対するマイナス影響が大きい。非農業の就労活動に参加する女性高齢者の精神的健康点数は 6.74 で、非農業労働に参加していない女性高齢者よりも約 2.52 低い。つまり、女性が非農業労働に参加することはその精神的健康にプラス影響を与えている。一方、女性が孫の世話をするかしないかで、精神的健康点数に顕著な差異はみられない。男性高齢者についていえば、全体的にみて、男性高齢者の精神的健康点数はいずれも女性の平均得点よりも低い。これは、農村部の男性高齢者の精神状態は女性高齢者よりも良好であることを示している。項目別にみると、農業活動に参加する男性高齢者の精神的健康点数は農業活動に参加していない男性高齢者よりも 0.13 低く、非農業労働に参加する男性高齢者の精神的健康点数は非農業労働に参加していない男性高齢者よりも約 5.8 低く、男性高齢者が非農業の労働に参加することで健康レベルが顕著に高まることが分かる。

七、地域社会の高齢者の居住環境と高齢者向けインフラの状況

2011 年の北京大学健康・高齢者介護追跡調査は、全国で無作為に 450 の村・居住区を選び出した。そのうち、農村の居住区は 307 か所^②、都市の居住区は 146 か所。農村の居住区の平均人口規模は 2,496 人、都市の居住区の平均人口規模は 6,439 人。

表 14 都市・農村の居住区の交通状況

	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
アスファルト道路/コンクリート道路	59.93	95.21
未舗装道路	27.04	3.42
砂路	12.70	0.68
その他	0.33	0.68
合計	100	100

居住区の交通条件に関して、我々は都市と農村の居住区について別々に統計を行った結果、都市の居住区のうち、アスファルト道路が開通した比率は 95.21%、農村

^① アンケートの高齢者の精神的健康の尺度：1、前週、何かをするときに集中力が出なかったか。：2、前週、抑圧感を感じていないか。3、前週、何かをするのに苦労を感じたか。4、前週、将来に強い希望を感じたか。5、前週、恐怖感を感じたか。6、前週、ぐっすり眠れたか。7、前週、愉快感を感じたか。8、前週、孤独感を感じたか。9、前週、何をするにも元気を感じなかったか。10、普段は煩わしさを感ぜないが、前週に限って煩わしさを感ぜることがあった。我々は CES-D の一般的な計算方法に従い、各項目につき 1 日以下の場合を「0」点とし、1～2 日あった場合を「1」点、3～4 日あった場合を「2」点、5～7 日あった場合を「3」点とした。10 項目の質問で精神的健康点数を出し、最低点を 0 点、最高点を 30 点とした。ここでは、点数が上がるほど悪くなる評価方法をとっており、点数が高いほど、精神的健康状態が悪いことを表している。

^② 農村の居住区には都市農村混合居住管理の対象居住区(都市の居住区でもあり、農村の居住区でもある)が 6 か所ある。

の居住区のうちアスファルト道路が開通した比率は 59.93%で都市の居住区を遥かに下回った。そのうち、未舗装道路の比率は 27.04%、砂路の比率は 27.04%だった。農村地域において、人々の主な交通手段は公共交通機関である。データによると、農村の居住区における公共交通機関の数は平均 1.36 で、都市の居住区における公共交通機関の数は平均 5.46 であった。農村の居住区において公共交通機関が通行できない日数は年間 38 日、都市の居住区において公共交通機関が通行できない日数は年間 15 日であった。比較するに、農村部の住民、とりわけ高齢者の日常の外出頻度は公共交通機関の条件によって大きく制約される。

居住区の居住環境に関して、都市の居住区の住民の水道水利用率は平均 92.6%で、農村の居住区の住民の水道水利用可能率は平均 42.8%。燃料の使用に関しては、都市の居住区の住民のうち天然ガス使用世帯は 50.82%、農村の居住区の住民のうち天然ガス使用世帯はわずか 17%だった。それに対して、農村の居住区の住民のうち、柴や草を燃料として使用する世帯の比率は 59.34%に上った。都市の居住区における冬季の集中暖房の比率は 36.3%、農村の居住区における集中暖房の比率は 0.98%だった。電気供給状況に関して、農村の居住区と都市の居住区の差異はなくなった。農村の居住区の電気供給率はすでに 99.51%、都市の居住区の電気供給率は 100%に達した。

表 15 都市部・農村部の居住区のトイレの類型

トイレの類型	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
室内水洗	26.38	78.08
室外便器 (非水洗)	3.26	3.42
室外水洗	3.58	4.79
室外非水洗 (公衆トイレ)	9.12	8.90
開放式便所	53.42	4.11
その他の類型	4.23	0.68
合計	100	100

表 16 都市部・農村部の居住区のゴミ処理方法

ゴミ処理方法	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
ゴミ収集車による定期的な運搬・処理	28.99	93.15
組織的な現地での埋立	6.84	1.37
組織的な焼却	3.26	1.37
付近の河川への組織的な投棄	0.98	0
非集中処理	59.93	4.11
合計	100	100

衛生施設に関して、農村の居住区のトイレは主に室外の「開放式便所」が主体で、比率は 53.43%。一方、都市の居住区のトイレは主に「室内水洗」が主体で、比率は 78.08%だった。農村の居住区のうち、公衆トイレのある居住区の比率は 29.64%。都市の居住区のうち、公衆トイレのある居住区の比率は 68.49%だった。ゴミ処理方法に関して、農村の居住区は環境に対する管理が粗雑で、定期処理を行っている比率はわずか 28.99%、集中処理を行っていない比率は 59.63%を占めた。都市の居住区でゴミの定期処理を行っている比率は 93.15%に上った。農村の生活系ゴミ及びそれ起因する環境汚染問題は今なお潜在的な環境リスクであり続けている。

居住区の活動場所に関して、農村の居住区と都市の居住区で大きな差が見られた（表 17）。屋外の健康器具は高齢者の日常的な運動の最も基本的な設備である。都市で屋外の健康器具のある居住区の比率は 68.28%、一方、農村で室外の健康器具のある居住区の比率はわずか 21.24%だった。盤上遊戯活動（麻雀など）は、中国の高齢者が最も日常的に参加する活動である。農村で盤上遊戯活動室のある居住区の比率はわずか 21.78%。一方、都市で盤上遊戯活動室のある居住区の比率は 71.53%に上った。高齢者活動センターは、高齢者の総合的な活動場所である。農村で高齢者活動センターのある居住区の比率はわずか 27.12%。一方、都市で高齢者活動センターのある居住区の比率は 67.18%だった。

表 17 居住区の高齢者活動場所

居住区の活動場所	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
バスケットボールコート	41.18	46.58
プール	0.66	13.01
室外の健康器具	21.24	68.28
卓球台	33.33	56.85
盤上遊戯活動室	27.78	71.53
卓球室	16.01	47.95
高齢者活動センター	27.12	67.81

居住区の社会組織に関して、都市の居住区は農村よりも発達している。都市の居住区では、自発的な高齢者活動が活発である。都市で書画サークルのある居住区の比率は 30.14%、舞踊団体のある居住区は 72.6%、高齢者・弱者・病人・障害者を支援する組織がある居住区は 71.03%、高齢者協会のある居住区の比率は 52.74%だった。相対的に、農村の居住区は高齢者の文化水準、農村のインフラ条件の制約などを受け、高齢者の社会組織が遅れており、これらの組織がある居住区は約 20%だった。

表 18 高齢者社会活動組織

社会組織	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
書画サークル	1.64	30.14
舞踊団体その他の体育団体	22.37	72.60
高齢者・弱者・病人・障害者の支援組織	21.64	71.03
高齢者協会	24.01	52.74

自立不能者、一部要介護の高齢者にとって、老人ホーム、高齢者保健センターなどの施設は非常に重要なインフラである。北京大学の健康・高齢者介護追跡調査の結果、都市で老人ホームのある居住区の比率は 20.55%で、高齢者保健センターのある居住区の比率は 25.52%だった。農村で老人ホームのある居住区の比率は 6.89%で、高齢者保健センターのある居住区の比率は 16.67%だった。老人ホームの融資に関して、農村の居住区の融資方策は複雑で、主に上級及び同級の政府が融資を担当する居住区の比率は 58.62%、主に居住区が自ら融資する居住区の比率は 27.59%だった。都市の居住区では、主に上級及び同級の財政が融資を担当する居住区は 95.23%で、主に居住区が自ら融資する居住区の比率は 4.76%だった。したがって、老人ホームの投資・建設に関して、都市の居住区の老人ホーム建設に対する政府の投資は農村地域を顕著に上回る。高齢者保健センターは近年建設され始めたばかりの施設である。統計分析によると、都市地域の高齢者保健センターの融資方法は多様で、政府が融資する比率は 41.76%、居住区が融資する比率は 13.89%、居住区と政府が共同で建設に投資する比率は 38.89%。^①高齢者保健センターの利用に関して、アンケート調査によると、高齢者保健センターの総数は 38 か所で、そのうち医療サービス提供可能な高齢者保健センターは 25 か所、娯楽活動を提供可能な高齢者保健センターは 23 か所。高齢者保健センター利用者の中央値は 310 人、高齢者保健センターが徴収する料金は 1 人あたり 44 元。

表 19 地域密着型介護施設の投資主体

投資者	老人ホーム		高齢者保健センター	
	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)	農村の居住区 (%)	都市の居住区 (%)
政府財政	58.62	95.23	---	41.67
居住区の自己調達	27.59	4.76	----	13.89
居住区、政府の共同建設投資			----	38.89
その他	13.17	---	---	5.56
総計			-----	100

農村の居住区の高齢者保健センターに関する統計データは多くが欠如、高齢者保健センター建設資金を自ら融資する居住区のデータはほぼすべて欠如。

八、総括

高齢化の進展に伴い、高齢者生活保障と高齢者介護サービスに関して中国は大きな課題に直面している。過去数十年は都市-農村の二元体制のため、農村部の高齢者人口は人的資源において普遍的に弱い状態にあり、学歴は低く（文盲率は32.8%）、身体の健康レベルも悪く、慢性病の発病率も高く、それに伴って生活機能障害者の比率も高かった。文化・教育レベルと健康意識の相互の制約を受け、農村部の高齢者は経済的には貧困を抜け出したものの、慢性病を重視していないために、末端の医療衛生体制に難題を突きつけている。とはいえ、過去20年余りにおいて中国の市場経済化は国民経済の各分野に浸透し、医療サービスにおいて、公立の医療機関にせよ、私立の医療機関にせよ、しばらくは「医療」主導から「予防」主導へのシフトは難しいであろう。

伝統的な中国社会においては、家庭が介護の中心であったが、世代間関係の構築がますます理性的な方向に進んでいる。高齢者サイドでは、市場経済の環境の中で、高齢者は一家の長を演じなくなり、若者と同じように「経済的」（個人の所得）、「道具的」（孫の世話）な価値によって自身の社会的な地位と社会的価値を証明する必要が生まれた。また、子供サイドでは、扶養責任が家庭の範囲内で再分配され、世帯成員が性別、年齢、実家を離れるかどうかに基づき、自覚的に再構築を行う。娘は日常介護や感情的なケアの面の役割が上昇し、父権制度における単系重視の高齢者介護上の性別役割分業も実質的に打破されつつある。実家を離れない年輩の世帯成員または身体的な原因により実家を離れることができない世帯成員はより多くの支援責任を負担している。実家を離れた子供は、送金、見舞い、電話などの形で世帯成員や親族との関係を維持している。こうした役割関係の再構築を通じて、家庭秩序がより広い地理的空間と社会的空間に拡張し、競争重視の市場・社会環境の中で程度の「柔軟性」、「張力」が出来上がった。しかし、このような家庭関係の構図は伝統的で安定的な緊密関係の構図とは大きな隔たりがあり、各人が「一時的」な役割に置かれ、確固とした社会的規範によって個人が負担すべき役割を制約しておらず、高齢者を扶養しない子供に対して本当の意味での懲罰を与える社会組織が存在しない。今日は娘が父母を介護し、明日は息子や息子の妻が介護者の役割を演じる。もしくは、さらに消極的な結果は、すべての子供が父母から離れ、都市化の波にのみ込まれていく。一人っ子政策は農村部の高齢者に選択の余地を与えないため、こうした仮説は将来現実化する可能性が極めて高い。一言で言い表すと、現在の再構築された家庭秩序は伝統的な家庭倫理をある程度受け継いでいるが、伝統的な世帯構造とは大きく異なる。

人口流動化のエスカレート、家庭関係の功利化などにより、高齢者人口の貧困化は将来の中国政府が直面を余儀なくされる課題となる。一方で、十全な高齢者生活

保障メカニズムと社会の高齢者向けサービス体制は現時点でまだほとんど構築が進んでいないため、高齢者人口が貧困線以下に置かれる比率は人口の老齢化とともに上昇する。現在、新型農村社会養老保険が開始されているとはいえ、保障レベルは過度に低く、高齢期の貧困リスクを効果的に緩和できていない。他方で、農村新型合作医療保険制度は範囲が広がったとはいえ、農業従事者の年間所得と比べて医療費精算の比率は依然低いままである。高齢者が大病を患った場合、高額な医療費を前に高齢者は入院サービスを尻込みしてしまう。過去30年余りの市場経済化の中で、中国の医療保険と養老保険は「継ぎを当てる」式に最も必要としている高齢者に、その都度制度をつくることでその需要に伝えてきたため、制度間に関連性が欠如していた。それだけでなく、医療保険と養老保険は深刻な回帰効果を有し、貧困な農村人口であればあるほど、医療保険と養老保険から受ける恩恵は少なくなり、豊かな都市人口ほど、医療保険、養老保険から受ける利益が向上する。中国政府は養老保険と医療保険の改革に力を入れているとはいえ、実際はなかなかうまくいっていない。高齢者人口は受動的な介護層ではない。高齢者人口の潜在能力を積極的に発掘できれば、それは社会にとって莫大な富となる。中国共産党第18回全国代表大会以降、定年退職年齢の引き上げ政策の準備を進めてきた。農村部の高齢者についていえば、非正式な就業に定年退職如何の問題は存在しないため、定年退職年齢の引き上げは主として都市の低年齢の高齢者人口を対象としたものである。先進国と比べて、中国の強制的な定年退職政策は一部の高齢者をあまりに早く労働市場から引退させ、人的資本の蓄積が中断され、社会と家庭に莫大な高齢者介護負担を背負わせる結果を生み出した。将来、定年退職年齢の引き上げは中国政府が遅かれ早かれ実現する活動的な高齢化に向けた処置である。制度改革において、一方で、能力があって法定退職年齢に達している人口に選択権を持たせるほか、政策上でこれらの人口に定年退職年齢引き上げにより高額な定年退職金を受けられるようにすべきである。特に女性高齢者は、労働市場における差別によって定年退職後、労働市場に復帰しにくい現状がある。そのため、女性高齢者と男性高齢者の定年退職年齢の一致こそ理想的な選択肢であり、これこそ、国の巨視的政策において調整されるべき点である。

中国の調査地域サブ報告

北京市高齢者介護事業の苦境、対策と活路

王 穎

一、急速な高齢化社会を迎えた北京市の真の苦境

(一) 北京市は急速に高齢化社会となった

「北京市 2012 年老年人口信息和老齡事業發展狀況報告（北京市の 2012 年高齢者人口と高齢者事業の發展狀況についての報告）」によると、2012 年末時点で、北京市の戸籍上の総人口は 1,297 万 5,000 人、うち 60 歳以上は 262 万 9,000 人で総人口の 20.3% を占める。65 歳以上の人口は 184 万 6,000 人で総人口の 14.2%、80 歳以上は 42 万 6,000 人で総人口の 3.3% である。

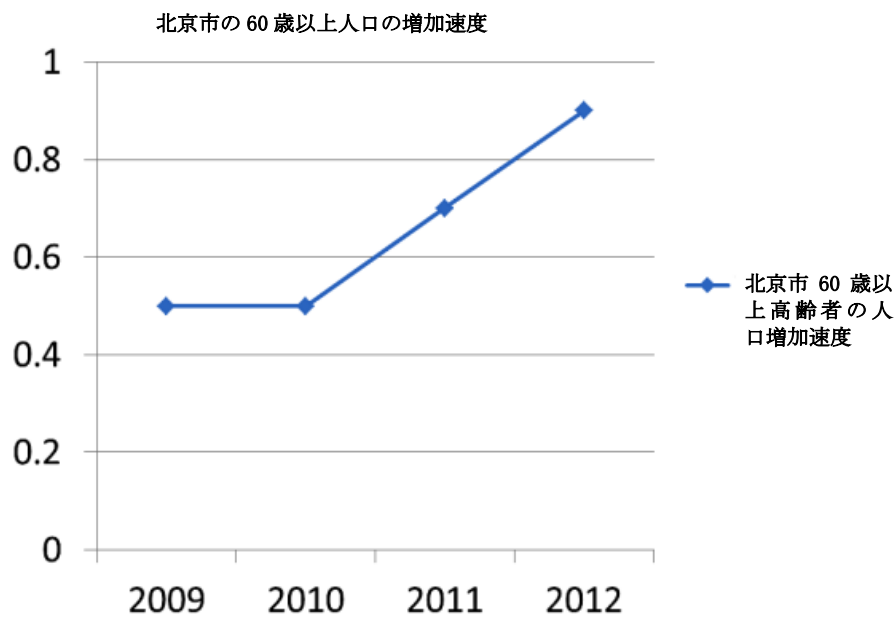
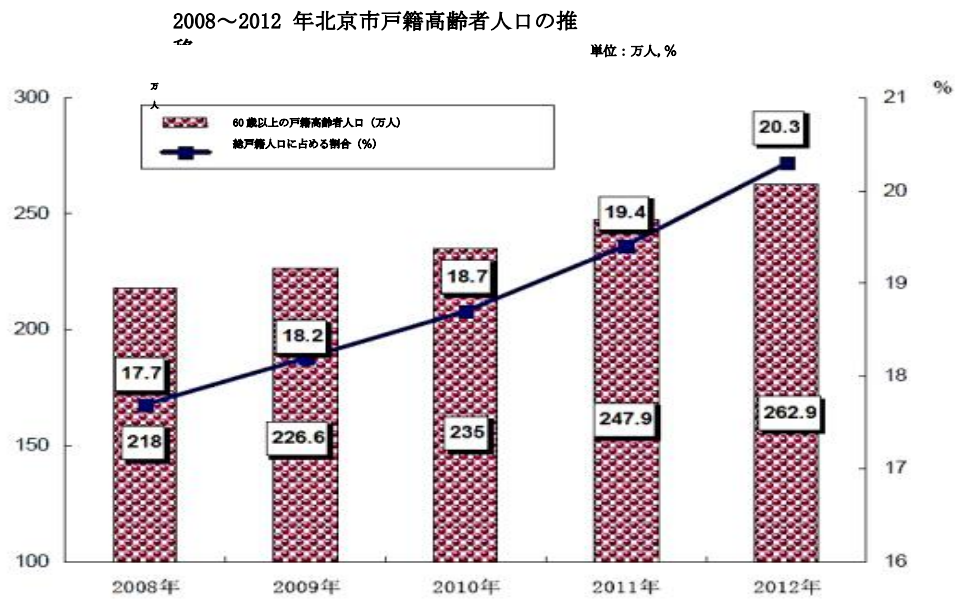
また、北京市民政局の広報担当者・李紅兵氏によれば、北京の 60 歳以上の常住高齢者人口は、2014 年には 300 万人、総人口の 14.2% に達し、戸籍をもつ高齢者人口は 280 万人、戸籍総人口の 21.5% となる見込みである^①。

どの基準に照らしても、北京市は急速に高齢化社会を迎えている。以前の国連の基準ではある地域で 60 歳以上の人口が総人口の 10% に達した場合、新たな基準では 65 歳以上の人口が同じく 7% に達した場合、その地域は高齢化社会とみなされる。北京市戸籍をもつ高齢者数はこのどちらの基準も大幅に超え、それぞれ 20.3%、14.2% となっている。常住人口で計算しても 60 歳以上はすでに総人口の 14.2% で、これも 10% の基準を超えており、北京市はすでに高齢化社会となっている。

どこから見ても、北京市の高齢化レベルは中国全都市の平均的高齢化レベルを上回っている。第 6 回国勢調査の主要なデータ公報（2010 年 11 月）によると、60 歳以上の人口は総人口の 13.26%、65 歳以上の人口は総人口の 8.87% である。北京市の 60 歳以上の戸籍人口は 2012 年に 20.3%、65 歳以上の戸籍人口は 14.2% に達している。いずれも全国平均をはるかに上回っている。第 6 回国勢調査の各省・直轄市・自治区の高齢化順位では直轄市で 3 番目である。

高齢化の速度から見ると、北京市の人口高齢化はすでに急速拡大期に入っている。下図参照。

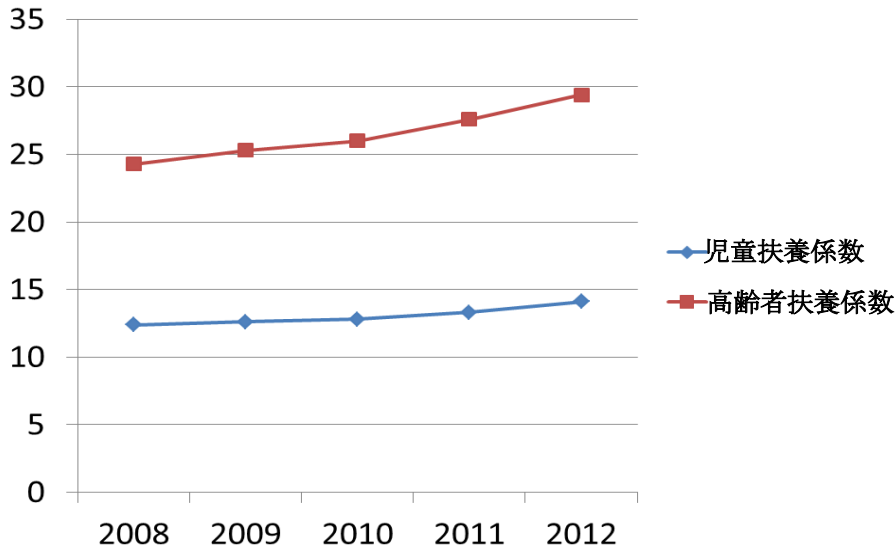
^①「北京の常住高齢者人口は 300 万に達する見込み」出所：千龍網 <http://www.qianlong.com/2014-04-1014:03:20>



(二) 戸籍人口の扶養係数の変化に北京市の介護問題の厳しさが現れている

前章では主に北京市がすでに急速な高齢化社会を迎えている事実を明らかにした。以下では、北京市の児童扶養係数（生産年齢人口に対する若年非生産年齢人口の比——訳注）と高齢者扶養係数（生産年齢人口に対する高齢非生産年齢人口の比——訳注）の変化をまとめ、北京市の高齢者介護事業が直面する厳しい状況を見てみる。

2008～2012年北京市児童扶養係数と高齢者扶養係数の推移



長年にわたる一人っ子政策と北京の優れた医療衛生環境により、高齢者がますます増え、高齢者扶養係数は児童扶養係数をはるかに上回っている。また高齢者扶養係数の上昇速度が児童扶養係数の上昇を上回ろうとしており、緒に就いたばかりの高齢者介護事業の前途に暗い影を落としている。

上述の数字は戸籍人口の扶養係数であり、常住人口で計算すれば扶養係数は大幅に下がるという考え方もあるかもしれない。

しかし実際の状況では、絶対多数の高齢者の介護問題は、高齢者自身とその家族が負担することになる。我々には社会的に統一された高齢者介護政策や制度がないのである。したがって北京市の戸籍をもたずに当地に入ってくるいかなる労働力も、戸籍をもつ高齢者の介護支出の支えにはならない。そのため高齢者介護問題においては、常住人口の数字よりも戸籍上の数字が高齢化状況をより实际的に反映しているともいえる。

(三) 都市部の地理的区分における戸籍上の高齢者人口の分布特性

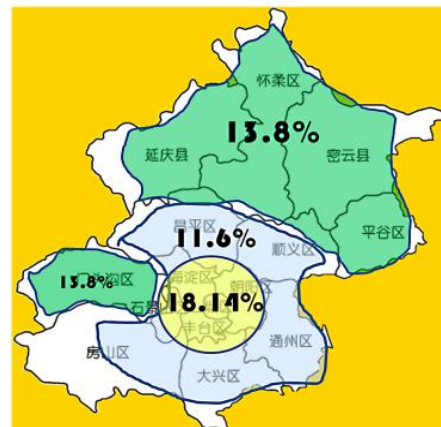
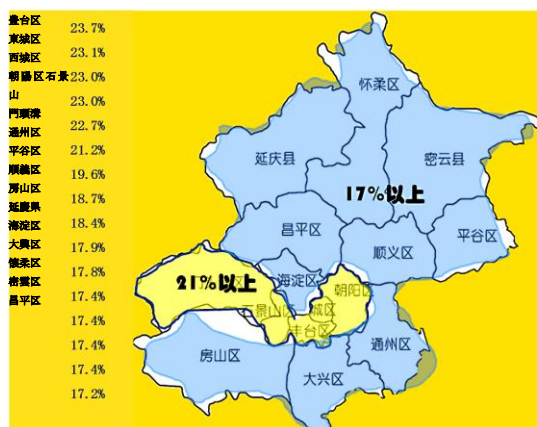
「北京市の2012年人口と高齢者事業の発展状況についての報告」のデータによれば、高齢者人口が多い市区は、朝陽（45.5万人）・海淀（40.2万人）・西城（31.9万人）の順となっている。また高齢者人口比率が高い市区は、豊台（23.7%）・東城（23.1%）・朝陽（23%）・西城（23%）の順である。つまり地理的分布では、高齢者人口は主に市の中心部に集中している。

しかし戸籍をもつ高齢者人口の地理上の分布をよく見ると、2つの重要な特徴が現れていることがわかる。第1に、高齢者人口は市の中心部への集中度が高いことである。第2に、高齢者の郊外の区県への移動が始まっていることである。特に80歳

以上の高齢者でその傾向がみられる。李揚、劉慧、金鳳君、湯青らが 2011 年に発表した論文「北京市人口老齡化的時空變化特徵（北京市人口高齡化の時間的空間的變化の特徴）^①」は、まさにこの 2 つの傾向を明らかにしており、またこの種の傾向は先進国で顕著であると指摘している。今、これらの傾向は中国・北京ではっきり現れ始めている。地理的分布図を見てみよう。

2012 年北京市 60 歳以上戸籍高齢者の総戸籍人口に対する比率の県別分布状況 (%)

2012 年北京市戸籍の 80 歳以上人口の 60 歳以上人口に対する比率の地域分布



上図によると、戸籍をもつ 60 歳以上の高齢者人口は、主に中心部に集中している。一方、戸籍をもつ 80 歳以上の高齢者分布では、中心部が主で郊外の区県が補完する形となっている。このような変化は、明らかに人々の介護への考え方の変化と連動している。

さらに戸籍をもつ高齢者人口の増加率を表す表を分析すれば、北京市が直面する高齢者人口の急速な増加の圧力がどこから来ているのかがはっきりしてくる。

2012 年北京市戸籍をもつ高齢者人口増加率は総人口の増加率を大幅に上回った

人口類別	人数 (万人)	総人口比 (%)	前年比増加数 (万人)	増加率 (%)
総人口	1297.5	100	41	3.3 ↑
60 歳以上	262.9	20.3	15	6.1 ↑
65 歳以上	184.6	14.2	7	3.9 ↑
80 歳	42.6	3.3	4	10.4 ↑
農民戸籍でない高齢者人口	207.3	78.9	/	/
農民戸籍の高齢者人口	55.6	21.1	/	/

^①李揚、劉慧、金鳳君、湯青ほか著「北京市人口高齡化の時間的空間的變化の特徴」、『中国人口・資源与環境』(済南) 2011 年 11 期、p. 131-138

上の表は、我々に差し迫った事実を突きつけている。すなわち、北京市の戸籍をもつ高齢者人口の急速な増加には2種類の増加傾向が現れているのである。つまり、60歳で高齢者の仲間入りをした人々の大幅な増加は、北京市の出生率がピークだった時代の人々がすでに高齢化の段階に入り、高齢者人口が急速に増加することを予告している。一方80歳以上の高齢者人口が急激に増えていることは、北京市の優れた医療環境や健康理念により80歳を迎える高齢者が大幅に増加していることを示している。そのため、緒に就いたばかりの北京市の高齢者介護事業が直面する状況はますます緊迫してきている。

(四) 北京市が直面する戸籍人口の急速な高齢化の真の苦境

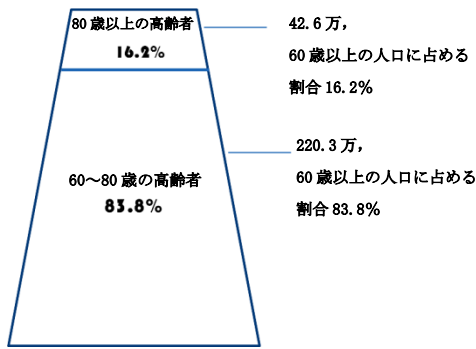
上述のいくつかの点をまとめると、北京市の戸籍人口における高齢者介護問題がきわめて深刻であることがわかる。外からの流入者数により常住人口における高齢者数の割合が希薄化されても、北京市民の一人一人が直面する高齢者介護の問題は家族単位の問題である。北京市の戸籍をもたない人々の両親は故郷にいるが、だからといって彼らが両親の世話をしないわけではなく、また北京で戸籍をもつ高齢者の介護問題を引き受けるわけでもない。現実に向き合っ初めて、戸籍人口の高齢化問題が我々家族や個人、地域に実感される圧力として迫ってくるのである。

戸籍上の高齢者人口で計算すると、北京市が直面する高齢者介護問題の発生源は、次のいくつかの点にある。第1には、60歳になったばかりの高齢者が大幅に増えており、高齢者人口率を急速に引き上げていることである。

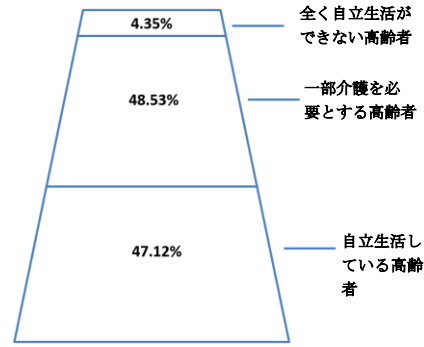
第2に、80歳以上の高齢者が大幅に増加し、専門的な日常生活のケア及び医療看護ニーズが非常に高まっているが、それがちょうど北京市に最も欠けていることである。第3は、高齢者人口が地理的に最も集中しているのが市の中心部、その次が郊外の区県だということである。この地理的な分布は全く異なる考え方によるものである。中心部での生活は便利で、医療環境も良く、高齢者は離れたがらない。そのため集中現象が現れる。彼らが求めるのは主に地域での日常生活ケア及び医療看護の専門サービス、それも家族や地域の近い場所でのサービスに集中している。一方、郊外の区県に移った高齢者は、自然を尊び、自然の食物やきれいな空気、美しい環境の方を選択して健康な高齢者になろうとしている。実はこれら高齢者はいずれも同様に専門化・民営化された介護サービスを必要としており、それらは北京市に最も欠けているサービスなのである。

第3（「第3」はすでに上にありますが、原文のままとしました——訳注）は高齢者の人口ピラミッド構成において、80歳より下の高齢者が大部分を占め、80歳以上の高齢者は16.2%に過ぎないことである。下図参照。

2012年北京市戸籍高齢者人口の年齢別構成



2010年北京都市部・農村部高齢者の自立生活状況



資料出所：「北京市城郊老年人口状況分析-2000、2006和2010年北京城郊老年人口状況追蹤調查報告（北京都市部・農村部高齢者人口状況分析-2000、2006及び2010年北京都市部・農村部高齢者人口状況追蹤調查データ報告）」
 「北京市老年人權益保障條例（北京市高齢者權益保障條例）」改訂參考資料集成、老齡介および老齡協會の提供による。

図を見てわかるように、北京市の高齢者人口では80歳より下の人口が大部分を占めている。一般的に、生活自立のできない高齢者は多くが80歳以降に現れる。しかしあらためて第2図を見ると重苦しい気分になる。というのも、これら高齢者の中では比較的年齢が低い若年老人が大多数を占めているとはいえ、完全に自立生活ができる高齢者の割合は50%に満たないからである。このため、高齢者介護問題における医療看護の重要性が浮かび上がってくる。

このためにこそ北京市の高齢者介護事業は2つの真の苦境に直面しているのである。その1つは、大多数を占める若年老人もしくは自立生活ができる高齢者は、基本的に介護施設に入る必要はなく、またそのつもりもないが、彼らには、地域が提供する、または民間組織が地域に入り家庭に提供する、日常生活ケアサービスや精神的・文化的介護サービス、特に健康で長生きするための専門的医療看護サービスが欠かせない、ということである。一方、日常生活の一部または全ての介護を必要とする高齢者が占める割合はすでにかかなり高い。彼らは最も支援を必要としている、立場の弱い高齢者グループである。彼らに最も必要なのは、特殊な専門看護と専門的な介護施設サービスである。しかしこの方面について北京市は第一歩を踏み出したばかりで、しかも制度化された支援資金も十分でない。すべて手探りの状態である。

上に掲げた年齢構成図を見ると、なぜ北京市が早くから地域の在宅介護に重点を置いていたかがよくわかる。その理由は、北京市は高齢化社会を迎えたものの、その変化が急激で、高齢者中に占める若年老人の割合が非常に高く、しかも身体の具合が悪い若年老人の割合が高いうえに介護施設に入りたがらないからである。現段階で老人介護施設を大々的に広げようとするれば、必ず無駄を生むだろう。北京市の80歳以上の高齢者比率が急速に増加しており、若年老人のうち介護を必要とする人の割合が高すぎるといった現状は、政府が民間組織を支援して介護施設や専門看護

組織の開設を進める余地を与えている。

北京市高齢者介護事業が直面する真の苦境については、「北京市人民政府關於加快推進養老服務業發展的意見（北京市人民政府、高齢者介護サービス業發展の加速に関する意見）」では、「人口高齢化の進展が加速するのに伴い、本市はすでに高齢化対応にあたっての重要な時期を迎えている。近年、各級の党委員会、政府ならびに民間各界が協力し、高齢者介護サービス業の發展状況は良好である。しかし全体的にはまだ初期の段階にあり、サービスの供給不足や不合理な構造、低品質、民間組織の不足、支援政策の不完全さといった問題が存在する。思想の解放、改革の深化、体制機構の障害の打破が急がれる」と明確に記述されている。

二、北京市政府の近年の高齢者介護政策の方向性

（一）民政局から老齡弁および老齡協会へ

1989年、中国政府代表団は「高齢化に関する世界会議（ウィーン）」（同会議は1982年開催で中国代表団も参加。1989年にはウィーンで該当する世界会議は開かれていないようですが、ここでは原文のままとしています——訳注）に参加し、帰国後「世界老齡問題中国委員会」、略称「中国老齡委」を設立した。これは非政府組織であり、一部の退職公務員で構成されたものである。北京市も人力社保局・民政局・労働局等の5部門が共同で「北京市老齡委」を設立した。これも非政府系組織である。

1995年9月、北京市は全国の「老齡權益保障法」に先がけて「北京市老齡權益保障協議」を公布し、1996年に施行した。条例中で「高齢者事業領導小組」と「北京市老齡協会」の設立を明確に掲げた。この老齡協会とは事業単位（企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとられない機構のこと——訳注）の1つで、民政局が管理する。

2000年、北京市の高齡者事業領導小組は中国全土での名称変更にしたがい「北京市老齡工作委員会（以下「老齡委」とします——訳注）」となった。老齡委の下には事務部門（中国語で「老齡委弁公室」、以下「老齡弁」とします——訳注）が置かれ、その職責と任務は北京市老齡協会（事業部門）が担う。現在、老齡委と老齡協会は同じスタッフで看板が2枚という状態である。老齡委は現在44の部門のメンバーから成る。北京市の党委員会組織部・宣伝部・人力社保局・發展改革委員会等のほか、民政局を含む市政府部門や市民団体、共産主義青年団、婦人連合会、障害者連合会等、これらすべてが老齡委の構成組織である。

老齡委の仕事は、「介護サービス」だけでなく、「介護保障」「退職年金」「高齢者社会支援」「高齢者福祉」「高齢者医療」とかなり雑然としている。これらの業務は各事務部

門が推進し、老齡弁がまとめて調整し、督促・検査を行い、相談役をつとめる。

年度 指標	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
	高齡者福祉施設数	279	220	282	256	288	290	301
入居率	62.7	55.7	53.6	60	57.2	55.5	56	

2002～2012年の北京市の民政事業発展統計公報を調べると、1998年から2002年までの高齡者福祉の施設数と入居率にあまり変化がないことがわかった。さらに、2005年以降、統計データが不完全になり始め（下表（原文は「下図」。図が見当たらないため、訳文では「下表」としました——訳注）参照）、後になるほど不完全で不正確になっている。2012年には高齡者人口の統計数字しかなく、それも老齡委が発表した数字と関連しているものが多い。また一方では、高齡者介護政策に関する発表を見ると、2000年に老齡弁および老齡協会が発足してから徐々にその高齡者事業における役割が大きくなってきていることがわかる。逆に民政局は高齡者事業では一線から退いている。今回の調査で民政局の関連部門を訪ねた際も、老齡協会と老齡弁の幹部による対応であった。

北京市政府は高齡者介護事業の計画調整の指導面では、相当な成果を上げ、高齡者事業を一つの重要な事業として推進したというべきである。

以下の北京市政府の高齡者介護政策に関する発表の内容から、北京市の介護政策の方向性を見てみる。

（二）1995年以降北京市政府が発表した高齡者介護事業関連法規規則

順次	文書名	発表時期	主な内容
1	北京市老年人權益保障条例（北京市高齡者權益保障条例）	1995年9月	高齡者が家庭や社会において有する基本的権利
2	北京市養老服務機構管理弁法（北京市老人介護サービス施設管理規則）	2000年9月	老人介護施設の設置、サービス、管理監督、法的責任等に関する規則
3	中共北京市委、北京市人民政府關於加強老齡工作的意見（中共北京市委員会、北京市人民政府、高齡者事業の強化に関する意見）	2000年12月	次期高齡者事業の最初の綱領的文書
4	北京市社区老年福利服務星光計畫實施意見（北京市の地域高齡者福祉サービス星光計畫の實施意見）	2001年8月	各級の地域サービスセンター、高齡者活動センター、地域高齡者サービス施設の役割分担と設置
5	北京市民政局資助社会力量興弁社会福利機構實施細則（北京市民政局、社会福祉施設を設立するソーシャルパワーへの資金援助實施細則）	2005年	民営福祉施設の審査を強化し、サービスの質とレベルの管理を強化する

6	関于建立本市農村部分計画生育家庭奨励扶助制度的意見（本市農村部の計画出産家庭への奨励・補助制度に関する意見）	2005年 6月	農民の計画出産を奨励し、監督する
7	北京市財政局関于資助山区建設老年福利服務設施的意見（北京市財政局、山間部の高齢者福祉サービス施設整備への資金援助に関する意見）	2006年	高齢者福祉サービス施設の基準および資金援助範囲を示す
8	北京市基本養老保険規定	2006年 12月	養老保険基金・個人口座・保険取扱い・法的責任の規定
9	北京市城郷居民養老保険弁法（北京市都市部・農村部住民の養老保険規則）	2008年 12月	養老保険掛金の納付・取扱い・基金管理および監督
10	北京市城郷無社会保障老年居民養老保障弁法（北京市都市部・農村部の社会保障のない高齢住民の保障規則）	2008年 12月	無保障高齢者の資格申請、待遇等の措置
11	北京市民政局、發改委、規画委、財政局国土資源局関于加快養老服務機構發展的意見（北京市民政局、發展改革委員会、規画委員会、財政局、国土資源局、老人介護サービス施設の拡大に関する意見）	2008年 12月	福祉型介護からユビキタス型への転換
12	北京市人民政府弁公庁転發市老齡委弁公室関于老年人優待工作弁法的通知（北京市人民政府弁公庁から発表された高齢者優待業務規則に関する市老齡弁の意見）	2008年 10月	具体的な高齢者優遇措置を示す。バス、公園、博物館、スポーツ施設での優待政策を含む。
13	北京市人民政府弁公庁転發民政局市殘連関于北京市市民居家養老（助殘）服務（九養）弁法的通知（北京市人民政府弁公庁から発表された北京市市民の高齡（障害）者在宅介護サービス（九養）に関する民政局、市障害者連合会の通知）	2009年 11月	北京市が定める9項目からなる福祉政策、「九養」政策を正式に打ち出した。
14	関于貫徹落實「北京市市民居家養老（助殘）服務（九養）弁法」的意見（「北京市市民高齡（障害）者在宅介護サービス（九養）規則」の完全な実施に関する意見）	2009年 11月	「九養」の具体的政策
15	北京市老年人社会保障和社会優待弁法（北京市高齡者社会保障および社会的優遇規則）	2013年 6月	社会保障および社会的優遇の具体的規則
16	関于加快推進養老服務業發展的意見（高齢者介護サービス業拡大の加速に関する意見）	2013年 9月	在宅介護を基本に、地域をよりどころに、施設を支えに、設備の整った施設、完全な機能、合理的な配置の介護サービス体系
17	関于推進養老服務設施建設的實施弁法（老人介護サービス施設整備の推進に関する実施規則）	2013年 8 審査後発 布 予定	土地の提供および整備基準、民間資金投入支援、政府投資の拡大、医療と介護の組み合わせ強化、保障措置

(三) 政策上の2つの重要な転換点

1、2009年の第1の転換点：福祉型高齢者介護からユビキタス型介護へ

2008年まで、政府は高齢者事業の推進にあまり力を入れなかった。2008年、上海は「9073」高齢者介護モデルを、一方北京市は「9064」モデルを発表した。高齢者の90%が在宅介護、6%が地域での介護、4%が集中介護を受けるというものである。ここから、地域在宅介護が北京市の高齢者介護事業の目標となった。北京市は2008年から10のモデル地区で在宅介護支援の実験を始めた。2009年以前、北京市の高齢者介護事業には「サービス」の文字はなく、基本的にすべて「高齢者福祉業務」だった。中国建国以来、高齢者に関することはすべて民政局社会福祉処が管理しており、その社会福祉処が福利院や養老院・敬老院を運営してきた。

2009年は北京市の高齢者介護サービスの一里塚となる節目の年で、北京市政府は「北京市居家養老助残政策九養政策（北京市高齢者および障害者在宅介護サービス九養政策）」、通称「九養政策」を発表した。北京市の高齢者介護政策が福祉型からユビキタス型へと転換したのである。

九養政策は主に次のような内容となっている。

- (1) 「優秀孝行者」を1万名選出し表彰する制度を定める
- (2) 在宅高齢者（および障害者）介護券サービス制度および長寿老人の医療補助制度を定める
- (3) 都市部・農村部の地域（および村）の高齢者（および障害者）給食制度を定める
- (4) 都市部・農村部の地域（および村）の高齢者（および障害者）預かり施設を整備する。
- (5) 高齢者（および障害者）在宅介護要員を採用する。
- (6) 高齢者（および障害者）介護用福祉車両を配備する。
- (7) 高齢者（および障害者）のメンタルケアを推進する。
- (8) 家庭内設備のバリアフリー化を実施する。
- (9) 高齢者（および障害者）に電子サービス機器「お手伝いさん（中国語では「小帮手」——訳注）」を配布する。

明らかにこうした変化は根本的なものである。この政策はもはや政府が責任を負わねばならない福祉老人（あるいはいわゆる民政老人）に向けてのものではなく、すべての高齢者、さらには社会のすべての人々に向けたものになっている。ここから、北京市の高齢者介護事業は変革の高速道路に乗り入れたのである^①。

^①北京市人民政府弁公庁転發民政局市殘連關於北京市市民居家養老（助殘）服務（九養）弁法的通知（北京市人

2、2013年の第2の転換点：地域の介護施設から完全な高齢者介護サービスへ

2013年9月に「关于加快推進養老服務發展的意见（高齢者介護サービス業拡大の加速に関する意見）」が発表された。この文書の最大のポイントは、政府・民間・市場の役割を明確にした点である。これまでの政府部門の考え方は、高齢者のことは福祉問題として政府が管理・運営すべきというものだった。地域住民もまた、地域は一つの行政単位であり、政府が高齢者へのより良い福祉・保障を提供すべきだという考え方だった。この文書は初めて政府の3つの働きを明確にした。基本を保証し、しくみを作り、管理監督に重点を置く、ということである。さらに、介護サービスの概念を明確に示し、地域の在宅介護や専門的看護施設および組織、老人介護施設等がすべて高齢者介護サービスという大きなシステムに組み込まれた。高齢者介護サービスは一つの産業ではあるが、完全で、各方面が心を尽くして協力する事業といえる。それは政府や地域、企業、事業単位、民間組織、保険・金融、飲食業、家政管理、医療・衛生、さらに家庭や個人、ボランティア等といった、各サービスシステムにおける組織に関わるものである。

これは完全無欠な高齢者介護サービスシステムをまるごと構築するということであり、あらゆる民間組織や個人の力を動かして参加させる必要がある。この文書は北京市高齢者介護サービス事業発展の中長期計画であり、2020年まで継続して推進されることになっている。

本文書は北京市高齢者介護サービス業を主導する考え方と目標を次のように示している。

「2020年までに、在宅を基本とし、地域をよりどころとし、施設を支えとした、設備が整い、機能が充実し、合理的に配置された高齢者介護サービス体系を構築し、高齢者介護サービスおよび医療・リハビリ、文化・教育、家政サービス、レジャー、保険・金融等の関連分野の相互発展を実現し、高齢者介護サービスの新業態を形成する。民間組織が高齢者介護サービスの供給主体となり、介護サービス業は首都のサービス業を構成する重要な分野となり、従事するスタッフの規模が拡大し続けるようにする。在宅で生活する高齢者が介護サービスの全面的な支援を受け、地域の高齢者サービス施設が都市部・農村部の全地域をカバーし、施設の介護ベッド数は16万床に達するようにする。」

（四）北京市の高齢者介護事業政策の今後の方向性

2013年に発表された「北京市人民政府关于加快推進養老服務業發展的意见（高齢者

民政部弁公庁から発表された北京市市民の高齢（障害）者在宅介護サービス（九養）に関する民政局、市障害者連合会の通知

介護サービス業拡大の加速に関する北京市人民政府の意見)」は、北京市の高齢者介護サービス業発展の中長期計画と見ることができる。この文書には高齢者介護サービス業の発展について完全な計画が示されており、また非常に具体的でわかりやすい内容となっている。北京市は文書の計画を実施するための具体的な措置をまだ検討中である。この文書は、北京市の高齢者介護サービス業の発展について、方向性が明確で、目標が明らかで、内容が充実した将来図をすでに描き出している。下表参照。

高齢者介護サービス業拡大の加速に関する北京市人民政府の意見 京政発〔2013〕32号

領域	指導方向	具体的内容	スケジュール
全体の方向性、発展目標	地域在宅介護 介護サービスの 新業態 民間組織が介護 サービス供給の 主体となる 施設介護ベッド 数は16万床に達 する	<p>2020年までに、在宅を基本とし、地区をよりどころとし、施設を支えとした、設備が整い、機能が充実し、合理的に配置された高齢者介護サービスシステムを構築する。</p> <p>高齢者介護サービスおよび医療・リハビリ、文化・教育、家政サービス、レジャー、保険・金融等の関連分野の相互発展を実現し、高齢者介護サービスの新業態を形成する。</p> <p>民間組織が高齢者介護サービスの供給主体となり、介護サービス業は首都のサービス業を構成する重要な分野となり、従事するスタッフの規模が拡大し続けるようにする。在宅で生活する高齢者が介護サービスの全面的な支援を受け、地域の高齢者サービス施設が都市部・農村部の全地域をカバーし、施設の介護ベッド数は16万床に達するようにする。</p>	既存プロジェクトは継続する。
政府の主導 および指導 の役割	高齢者介護サービス事業の発展の全体計画	<p>高齢者介護サービス事業を国民経済および社会発展における重点的発展領域に位置付ける。</p> <p>高齢者の生活ケア、関連製品類、健康サービス、文化教育、スポーツ、レジャー、金融サービス、および高齢者向け住宅等の介護サービス事業の発展を重点的に支援する。</p>	2015年に高齢者介護サービス業発展の特定プロジェクト計画と具体的措置を発表する。
	高齢者介護サービスの基本となる制度を構築する	<p>高齢者の基本的サービスニーズを満たすことを目標として、基本的な生活ケア、リハビリ看護、メンタルケア、救急、法的サービス、社会参加等の基本的介護サービス制度を提供する。</p> <p>高齢者介護サービス評価制度を構築する。</p> <p>長期的な医療看護保険制度を研究・構築する。</p>	
	公共の老人介護サービス施設を完備する	<p>各種老人介護サービス施設の建設用地を都市部の土地利用全体計画および年度用地計画に組み入れ、必要な建設用地を合理的に手配する。公益性のある遊休地を調整して介護サービス用地としてもよい。</p> <p>道路やビル等、高齢者の生活と密接に関連する公共インフラ施設設備をバリアフリー化する。各級政府の整備および管理責任を明確にし、地域の介護サービス設備配置の標準化を推進する。</p> <p>新たに整備される居住地域は計画要件と整備基準に則り、老人介護サービス施設を併設して土地譲渡契約に含め、住宅とともに計画・整備・検収され、ディベロッパーから民政部門に引き渡され、統一的に利用される。</p> <p>古くからの地域で介護サービス施設がない、または既存施設では需要</p>	

		<p>に与えられない場合は、期限を設けて購入、入れ替え、リース等により目標を達成する。介護サービス施設は他に流用してはならない。</p> <p>農村部の介護サービス施設は農村公共サービス施設および優先整備の統一計画に組み入れる。行政単位の村、やや範囲の広い村落を単位として、農家の大きな家や遊休校舎等を活用して託老所や高齢者の活動拠点等、互助的介護サービス施設を整備する。</p> <p>高齢者へのサービス機能を有する各種の施設はすべて高齢者に開放される。</p>	
<p>民間組織の介護サービス領域への進出を支援する</p>	<p>地域在宅介護サービスの拡大を支援する</p>	<p>政府が運営する老人介護サービス施設の改革を推進する</p> <p>政府が運営する老人介護サービス施設は実用的で、介護すべき対象者を全てカバーするといった機能を発揮しなければならない。都市部の「三無（収入がない、労働能力がない、法定扶養者がいない——訳注）」および農村部の「五保（農村地域の孤独者のことをいう。うちわけ、(1) 扶養義務の子供をもたない人、あるいはそのような能力をもたない人、(2) 労働能力を持たない人、(3) 生活の保障のない人（国務院『農村五保戸扶養工作条例』1994年1月23日より——訳注）」対象となる高齢者・低収入高齢者・経済的に困窮している要介護高齢者等への基本的支援や看護サービスを重点とする。</p> <p>市級資金は、区（県）政府が投資して整備する介護サービス施設を支援する。政府は街道（郷鎮）の介護サービス施設設備を、サービス機能を整え、運営効果を向上させ、地域性のある介護サービスセンターに改装することを支援する。</p> <p>民間資本による共有財産の介護サービス施設運営管理規則を定める。政府が運営する介護施設は、政経分離・管理と運営の分離の原則にしたがい、委託管理・共同経営等、公設民営方式により運営の民営化を実現する。</p> <p>運営補助や費用の減免等の優遇政策を制定し、介護サービス専門企業・家政サービス企業・不動産企業および国家机关・事業体・民間組織等が、在宅の高齢者に生活ケア、家政サービス、医療・リハビリ、メンタルケア、救急等のサービスを提供することを奨励する。</p> <p>市民が近隣の高齢者へのサービスを行うことを奨励する。</p> <p>地域のサービスセンターの指導機能を強化し、「96156 お手伝いさん」在宅高齢者（および障害者）管理サービスのプラットフォーム整備を、在宅介護サービス・施設介護サービス業者の家庭や地域への進出の窓口および運営中枢とする。</p> <p>農村部で介護サービスが各戸に行き届くよう奨励する。</p> <p>地域の託老所管理規則を制定し、地域の託老所の設置基準・職責や機能等の制度規範を確立する。地域の託老所は民間非営利企業または工商登記の関連規定にしたがい登録する。</p> <p>民間資本は一般の住宅を利用して地域の託老所を運営してもよい。長期滞在型託老所は民間資本が投資し整備する介護施設運営補助金を受け、デイサービス型の地域の託老所および家庭看護は関連規定にしたがい運営補助金を受ける。</p> <p>低家賃住宅や公共賃貸住宅等の生活保障的住宅の建設および割り当て、あるいは危険な旧家屋の改築に際しては、家族が高齢者の世話に必要な要件を全体的に考慮し、家族が高齢者と同居もしくは近隣に居住することを奨励する。</p> <p>高齢に達し、介護を要する貧困高齢者に対しては、家庭生活設備</p>	

		<p>のバリアフリー化に適切な補助を行う。</p> <p>高齢者サービスボランティア管理制度を整備し、近隣の助け合いを呼びかけ、行政官や事業体職員、小学校から大学までの学生、一般市民が高齢者サービスのボランティア活動に参加するよう広く呼びかける。健康な高齢者がボランティア互助サービスの参加するしるきを研究・構築し、高齢者ボランティアサービス登録制度を構築する。</p>	
	<p>民間資本の老人介護施設への投資を呼び込む</p>	<p>民間による老人介護施設の大規模化、チェーン展開を奨励する。</p> <p>民間資本が企業の工場や商業設備、その他利用可能な資源を整備・改築して老人介護施設に利用することを奨励する。</p> <p>外資系資本が高齢者介護サービス組織および施設を開設することを奨励する。</p> <p>財政投入および民間からの資金調達を強化し、扶養型・介護型・医療看護型の介護施設の拡大を重点的に支援する。</p> <p>公設民営型の介護施設は、運営期間中は民間資本が投資し整備する非営利性老人介護施設の運営補助金政策の対象である。民間資本による非営利性老人介護施設は、譲渡により土地が提供される。</p> <p>営利追求型老人介護施設は基本的な整備補助金および運営補助金政策の対象である。民間資本による営利性老人介護施設は、有償で土地が提供される。</p> <p>国が高齢者介護サービス業を支援する優遇税制を実施する。老人介護施設の水道・電気・ガス・暖房の料金は、本市の家庭用料金に準じて請求する。</p> <p>国内資本および国外資本が運営する高齢者介護サービス組織・施設は、同等に優遇税制の対象である。</p>	
	<p>医療と介護の統合を推進する</p>	<p>医療と高齢者介護の資源の統合を推進し、医療・介護の統合モデル事業の規範基準を制定し、高齢者の介護・看護・リハビリ・ターミナルケアをリンクさせたサービスモデルを構築する。</p> <p>地域の医療サービスを整備する。地域保健サービス施設は高齢者の健康記録を整備し、高齢者家庭医療サービス契約を結び、ホームドクターサービスを提供する。また地域の保健サービス施設や医療施設、地域の託老所との連携を強化し、医療サービス提携契約を結び、老人介護施設と医療施設の間で高齢者の衛生健康サービスに機敏に対応する。</p> <p>老人介護施設の遠隔医療サービスモデル事業を急ぐ。老人介護施設内の医療施設については、(都市部住民の) 職工基本医療保険および新型農村合作医療保険の施設選定条件に適合するものは、選定施設の対象として申請できる。</p> <p>本市の医療施設設置計画に適合することを原則とし、民間資本が看護施設(中国語では「護理院」、医療看護スタッフで構成され、要介護者に対して専門的な医療・看護を提供する施設。以下「看護施設」とします——訳注)、リハビリ診療所、ターミナルケアサービスを提供する医療施設を運営することを支援する。医療施設は積極的に高齢者介護サービスを支援・拡大し、二級およびそれ以上の総合病院は可能であれば老人病科を開設し、高齢者用ベッドを増やし、老人病や慢性病の予防とリハビリ看護を適切に行う。</p> <p>健康保険や長期看護保険、事故障害保険等人身保険に住民が入るよう奨励する。商業保険会社の関連業務拡大を奨励し、導入する。</p>	

	<p>民営老人介護サービス施設の育成</p>	<p>民営の老人介護サービス施設から、生活ケア、リハビリ看護、機能補助器具の手配、メンタルケア、救急、法的サービス等の高齢者介護サービスを政府が購入するよう政策を制定する。</p> <p>民間組織が老人介護施設および地域の介護設備の管理・運営に参画し、高齢者介護サービスの教育訓練、研究交流、コンサルティング評価、第三者認証等のサービスを行うことを支援する。</p> <p>北京市高齢産業協会を設立し、高齢者関連製品の研究開発連盟、高齢者サービス業界の協会、高齢者サービス企業の連合会、専門スタッフの協会、老年学の専門研究会等、一連の北京ブランドの民営高齢者介護サービス組織を育成する。高齢者介護サービス業界基準の制定、サービスの質の評価、サービス実施の監督および専門職評定等の手続を広く行い、業界の自律、監督評価、理解と協調、サービスの仲介、リスク分担等の方面で機能するようにする。</p> <p>高齢者サービス公益慈善組織を積極的に育成し発展させ、公益慈善組織が重点的に老人介護施設の整備や高齢者介護製品の開発、介護サービス提供等に参加することを支援し、公益慈善組織を高齢者介護サービス事業の重要な力にする。</p> <p>末端の寄り合い的自治組織による高齢者在宅介護の互助サービスを支援する。末端の老年協会の整備を強化し、高齢者グループによる自己管理・自己サービス・社会サービス活動を支援する。</p>	
	<p>専門の高齢者介護サービススタッフを育成する</p>	<p>高等教育機関、中等職業学校および職業訓練施設の教育資源を統合し、高齢者サービス管理・保健医療・看護・リハビリ・栄養指導・心理カウンセリング等の専門人材の育成を急ぎ、卒業生が専門に合った高齢者介護サービスの仕事に就けるように大学等の教育機関を奨励する。</p> <p>民間資本による高齢者介護サービスの研修施設開設を支援する。高齢者看護スタッフの職業訓練を強化し、高齢者看護の職業訓練や職業技能検定に参加する従業員に対して関連規定にしたがい補助金を支給する。</p> <p>国の高齢者介護サービス従事者技術等級評定制度に関連する規定を実行し、職業資格認定制度を実施する。高齢者介護サービス従業員の賃金待遇ならびに専門技能等級、勤労年数と年金額の連動制度を定め、従業員の収入を徐々に高める。</p> <p>老人介護施設で働く専門技術者に対して、医療施設・福祉施設と同等の開業資格、登録審査政策を適用する。民営の介護施設および高齢者介護サービス企業は技術職種の評定、継続的な教育、職業技能訓練等において公営の介護施設と同等の待遇を受ける。</p> <p>ソーシャルワーカーの人材を導入するしくみを構築する。政府がサービスを購入する形で、高齢者サービス業界にソーシャルワーカーの仕事場を設置することを検討する。</p> <p>家族が長期にわたり高齢者の世話ができるように支援・訓練を行う。長い間高齢者の世話をしている人をいたわる運動を展開し、地域や家庭で長年介護する者に短期間の息抜きのサービスを提供する。</p>	
<p>高齢者介護サービス産業を育成する</p>	<p>介護サービス事業への投融資を強化する</p>	<p>高齢者介護サービス事業の発展を支援する投資を基金に引き入れ、レバレッジ効果による波及力の向上を図り、より多くの民間資本を動かし、高齢者サービス企業を育成し支援する。</p> <p>中小企業、科学技術革新、ベンチャー投資等の資金援助および医療衛</p>	

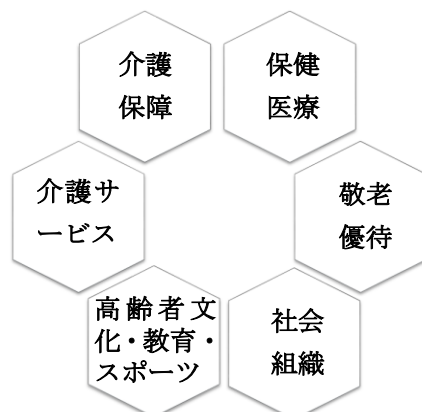
		<p>生資金、就職援助資金、社会保障基金等を活用し、資金の集中投入を行い、資本投入、直接補助、財政手当、少額融資、プロジェクト補助、リスク補償金、産業基金への資本参加等の方法により、民間資本が速やかに高齢者介護サービス分野に進出するよう指導する。</p> <p>株式制、株式合作制等の形式をとることを支援し、インフラ設備の「整備・運営・引き渡し」モデルで老人介護サービス施設を整備する方法を探る。</p> <p>金融機関の革新的金融商品およびサービス方式の導入を奨励し、貸付の信用保証範囲を広げ、信用保証等の方法を検討し、高齢者介護サービス企業およびその整備プロジェクトの貸付金投入を拡大する。</p> <p>市場からの資金調達ルートを拡大し、高齢者介護サービス企業の上場による資金調達を支援し、自己「造血」機能を強化する。</p>	
	<p>高齢者介護サービス産業パークを整備する</p>	<p>中関村国家自主革新モデル地区、北京経済技術開発区、通州国際医療サービス区を参考に、高齢者関連製品の研究開発、生産、物流、展示販売等を集中させ一体化させた高齢者介護サービス産業パークを整備する。</p> <p>地域の資源の特長を十分に生かし、国と北京市の持続的発展可能な実験区に基づき、機能的、特徴的で、広く影響を与え、牽引力の強い、ゆったりして特色のある医療、文化・教育、科学技術サービスを備えた高齢者介護基地の整備を奨励する。</p> <p>優遇政策を制定し、国内外の高齢者介護サービス分野の著名な企業を誘致し、川上から川下までの企業を集めて高齢者介護サービスの完全な産業チェーンを構築する。競争力の強い、実力のある介護サービス企業がグループとなって拡大することを奨励し、中小の介護サービス企業のチェーン化経営を支援する。</p> <p>需要と供給のマッチング・プラットフォームを積極的に構築し、介護サービス市場を育成し、その速やかな発展を推進する。</p>	
	<p>高齢者介護サービスの重点分野の発展を支援する</p>	<p>高齢者の生活ケアサービス事業の発展を支援し、地域でのケアを基本とした高齢者ケアサービスのしくみを構築する。高齢者ケア専門の施設および設備サービスを強化する。</p> <p>高齢者関連製品分野の発展を支援し、高齢者に適した歩行器・視聴補助器具・生活動作補助・栄養保健・衣服装飾品等の生活用品を研究開発し、ショッピングモール、スーパーマーケット、卸売市場に高齢者用品専門コーナーを設置する。</p> <p>高齢者の健康サービス業の発展を支援し、老人病の研究および老年医療薬品、リハビリ看護器械の研究開発を強化し、健康促進、医療看護、心理カウンセリング等においてサービスレベルを向上させる。</p> <p>高齢者向け文化教育事業の発展を支援し、放送技術を活用して高齢者向け放送ネットワークを構築し、高齢者介護サービスのインターネット・サイトや老年大学を開設し、高齢者向けのラジオ・テレビ放送や高齢者に適した図書刊行物、オーディオ・ビジュアル作品の発行を支援する。</p> <p>高齢者のスポーツ活動を支援し、高齢者の活動する場所を新設・増加させる。高齢者の運動器具を適切に設置し、高齢者の特性に適したスポーツ活動を広める。高齢者のレジャー産業の発展を支援し、高齢者のレジャー・娯楽、健康・保養、転地介護、北京郊外での介護等、旅行商品の開発を強化し、高齢者の旅行市場を育てる。</p>	

		<p>高齢者の金融サービス業の発展を奨励し、高齢者に適した貯蓄・保険・投資・現住居の財産権を譲渡して介護サービス費用を得る「以房助養」等の金融商品を開発し、人々が完全な介護保険計画を立てられるよう支援し、高齢者の消費能力を強化する。</p> <p>高齢者の住みやすい住宅の建設を支援し、都市化整備および低所得者向け住宅建設、分譲住宅の開発を組み合わせ、高齢者の住みやすい住宅ならびに二世帯住宅を計画・開発する。高齢者家庭の住宅改装、家具設備、生活補助設備等、高齢者に適した、安全で便利な設計と改修を推進する。</p>	
	<p>高齢者介護サービスの科学技術革新を推進する</p>	<p>大学および科学研究院が集中した首都のメリットを十分に生かし、高齢者介護サービスの重点分野、インフラ設備および高齢者関連用品等における新技術、新製品の研究・開発・応用を推進する。</p> <p>技術集積とサービスモデルの革新を強化し、高齢者介護サービス産業のグレードアップを進め、高齢者介護サービスのブランドの「北京開発」「北京サービス」「北京基準」等を育成する。「知恵社区」の整備をよりどころとし、インターネット、モノのインターネット（Internet of Things、IoT）等の技術で高齢者在宅介護サービスモデルを革新し、高齢者の電子商取引を拡大し、科学技術による介護サービスプラットフォームを構築し、高齢者の家庭での医療モニタリングおよびセンサーシステムを開発し、高齢者に自宅での生活、保健医療、救急等の遠隔介護サービスを提供する。</p> <p>実質人口（中国語では「実有人口」。常住人口、戸籍人口の他に流動人口、外国人人口を加えた人口——訳注）の管理システムおよび高齢者介護サービス企業管理システム、介護施設サービス情報システム等多方面の資源を整理・統合し、首都高齢者介護サービス情報プラットフォームを構築し、高齢者介護サービスの集合・分散、サービス取引管理、サービスの質の評価等の機能を担う。「高齢者福祉サービス共通カード」プログラムを実施する。</p>	
<p>高齢者介護サービス業の発展環境を最適化する</p>	<p>施設への指導を強化する</p>	<p>民生部門は業務管理監督の機能を率先して履行し、マクロ的指導、業界規範、計画編成、業務指導、情報発信および監督管理を強化する。</p> <p>高齢者業務機関は総合的な調整機能により、督促・指導業務を強化する。</p> <p>发展改革部門は高齢者介護サービス業の発展を国民経済および社会発展計画に組み入れ、老人介護サービス施設の整備を支援する。</p> <p>価格主管部門は科学的合理的な高齢者介護サービス料金システムを研究し構築する。</p> <p>財政部門は高齢者介護サービス業の発展に応じた公共の財政投入を増やすしくみを徐々に構築する。</p> <p>人力社保部門は高齢者介護サービス人員の管理、職業技能訓練および検定を強化する。</p> <p>衛生部門は医療と組み合わせたサービスのモデルを研究し、医療サービス能力を向上させる。</p> <p>計画・国土・住居および都市部・農村部建設部門は老人介護サービス施設の整備と土地の供給を総合的に計画する。</p> <p>税務部門は優遇税制を実行する。</p> <p>商務、金融、文化、体育、教育、旅行、放送、ニュース・出版、</p>	

		<p>公安、消防、品質技術監督、工商、食品・薬品監督管理等の部門は、それぞれの職責にしたがい政策を革新し、高齢者介護サービス業への支援を強化する。</p>
	総合改革実験を行う	<p>国家の政策および資金面での支援を勝ち取り、高齢者介護サービス発展のための総合的改革、特定改革を実施し、高齢者介護サービス業の総合改革試験区および特徴的機能区を設立し、外資系資本の誘致、老人介護施設の公設民営、医療・介護の結合、地域での託老、高齢者向け給食、高齢者介護サービス企業のチェーン経営、個人課税繰り延べ型養老保険等について試験事業を行う。</p> <p>政策を革新し、発展のボトルネックを打破し、モデル地区をフォローアップし、一定の方向で支援を行い、高齢者介護サービスのモデル地区、モデル部門を築き上げ、典型的なもので道を示し、全体を推進し、高齢者介護サービスモデルの多様な発展を促す。</p>
	統計モニタリングおよび評価システムを構築する	<p>高齢者介護サービスの統計制度を整備し、健全な高齢者介護サービスの発展評価およびモニタリング指標システムを構築する。科学的で正確かつリアルタイムに介護サービスの発展状況を反映し、介護サービス業の全体規模、業界構造、経済効果等の基礎データを追跡して把握する。</p> <p>高齢者介護サービス業の発展における区（県）政府の主要な責任と任務の目標を明確にし、地域の高齢者介護サービスの審査・評価の指標体系を確立し、基本的高齢者介護サービス保障を政府の業績評価に組み込み、地域の高齢者介護サービス資源と多様な高齢者介護サービスの需要に対する満足度を社会的評価体系に組み込む。</p> <p>関連部門、区（県）、業界組織および民間組織の間の情報共有システムを構築する。政府の重大プロジェクトの業績評価支援制度を整備する。</p>
	優れた社会環境を築く	<p>民間組織が積極的・能動的に高齢者介護サービス業に進出するよう指導、育成、支援し、政府、市場、社会、家庭および高齢者が共同参加してそれぞれが尽力する発展の形をつくる。市場の規範および地方の基準を整え、管理監督のしきみを完全にし、高齢者介護サービスの質と製品の質を向上させ、高齢者を指導して健康な介護観と民営の介護サービスの消費理念を打ち立て、安全、便利で誠実な高齢者の消費環境を築く。</p> <p>敬老・養老・愛老・助老・孝老の伝統的な美德と高齢者介護サービスの先進モデルを広く宣伝し、「優秀孝行者」および高齢者サービスのモデル事業体の命名と表彰に力を入れ、積極的に高齢化に対応する社会的考え方と思想準備を強化し、首都らしい現代的で調和のとれた養老文化を打ち立てる。</p>
	督促・検査を強化する	<p>各区（県）政府は本意見の要件に基づき、実際の状況を踏まえて速やかに実施案を制定する。</p> <p>市の各関連部門は本部門の職責に基づき、具体的政策措置を制定する。</p> <p>市の発展改革委員会、市の民政局および市の老齡弁は本意見の実施状況の監督・検査を強化し、速やかに市政府に報告する。市政府は適時、特別監督・検査を行う。</p>

三、北京市政府主導による高齢者事業の発展状況

(一) 高齢者介護事業発展の6大カテゴリー



この6大カテゴリーは北京市老齡弁の老齡協会が自ら区分したもので、北京市の高齢者介護事業がすでに成果を上げていることをはっきりと表している。北京市の高齢者事業の基本的な道筋が一目で見てとれる。

以下の表で、この6分野の具体的な成果を表す。

1、高齢者介護保障

A. 社会的高齢者介護保障

種類	加入者数 (万人)	加入率 (%)	給付基準 (元)
都市部職工基本養老保険	1,026.4	97.4	2,510/人/月
都市部及び農村部住民養老保険	177.29	94	460/人/月
都市部及び農村部住民福祉養老保険	55.15		227.5/人/月
土地収用に伴う戸籍転換者の保障	6.4		1,254/人/月

B. 高齢者の社会的支援

類別	支援対象者 (人)	支援率 (%)	基準補助額 (元)
都市部・農村部住民最低生活保障	35,671	20.3	都市部：520/世帯/月 農村部：4,560~6,240/世帯/年
農村部「五保」世帯扶養	2,923	71.2	11,078/人/年
低所得高齢者支援			740/世帯/月
貧困高齢者医療支援			医療保険または新型農村合作医療適用後の個人負担分の60%を民政部門が補助する。外来診療の年間累計総額2,000元、入院時は年間累計総額3~8万元。
貧困高齢者の住居保障			住居改築1戸当たり4.5万元の補助 住居修繕1戸当たり1.35万元の補助
石炭自家暖房支援			暖房の必要な季節ごとに1戸当たり500元の補助
一人っ子家庭奨励支援	26,673		農村部一人っ子家庭：100元/人/月 一人っ子障害者家庭：160元/人/月 一人っ子が死亡した家庭：200元/人/月

C. 特殊高齢者補助

特殊高齢者の種類	年齢	身体状況	基準補助額
個別扶養対象の農村「五保」高齢者、農村最低生活保障待遇を受けている高齢者、民政部门公布による農村低所得世帯の高齢者	60～79 歳	一部要介護	150 元／月
個別扶養対象の都市「三無」高齢者、都市最低生活保障待遇を受けている高齢者、民政部门公布による都市低所得世帯の高齢者	60～79 歳	一部要介護	200 元／月
	90 歳以上	全て	250 元／月
高齢者世帯及び障害者の子とのみ同居する高齢者	60～79 歳	一部要介護	50 元／月
	90～99 歳	全て	50 元／月
高齢老人	80～89 歳	一部要介護	50 元／月
	90～99 歳	全て	50 元／月
	100 歳以上	全て	100 元／月

北京市の高齢者保障の特徴は、次の通りである。

第 1 に、大きくカバーしているのは養老保険、つまり年金であり、対象はおよそ 1,200 万人である。

第 2 に、主な対象は政府の最低保障を必要とする特殊高齢者グループ、具体的には低保障、低所得、「五保」世帯、一人っ子が死亡した世帯等である。対象者数は約 6 万人余りである。

第 3 に、近年実施された高齢老人の補助政策は、直接個人を補助する。毎月 1 人当たり補助金額は 50～100 元で、対象者数は 42 万人である。

2、保健・医療

A. 医療保険

種類	加入者数 (万人)	加入率 (%)	医療保険内容
都市部・農村部職工基本医療保険	1,279.74	97	地域医療施設の外来費用精算時 90% 70 歳以上でその他の指定病院での外来費用精算時 90% 70 歳以下精算時 85% 退職者入院費精算時 95%以上
都市部・農村部の医療保障のない高齢者が加入する住民医療保険	18.49		外来費用 650 元以上精算時 50%、 限度額 2000 元/年 入院費用 1,300 元以上精算時 60%、 限度額 15 万元/年
新型農村合作医療	267.4 62.5 (高齢者)	98%	外来実質補助比率は 36.3% 15 種重病補助比率は 75%

B. 高齢者医療サービス

高齢者医療サービス

1. 戸籍住民の平均寿命は 81.35 歳
2. 各級の老人病院およびターミナルケア病院は 23 か所、ベッド数 3,409 床
3. 地域保健サービス施設が作成した高齢者健康記録 269.3 万人分、新設した高齢者在宅医療ベッド 724 床

3、介護サービス

在宅介護サービス	施設介護サービス	サービス管理の民営化	高齢者法的支援サービス
<ul style="list-style-type: none"> ・多くの優秀なスタッフを選抜 ・52名の「全国敬老の星」 ・4か所の全国敬老モデル機関 ・80歳以上の高齢重度障害者に毎月100元の介護券 ・3,729の介護給食施設 ・3,997の託老所 ・35の高級な老人精神ケアサービス拠点機関と契約 ・4,400名の在宅介護サービス要員を採用 ・4万戸の高齢者世帯のバリアフリー化を実施 ・高齢者を支援する電子サービス機器を累計20万台配布設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護施設400か所のうち公営212,民営188 ・運営に資金を投入している介護サービス施設のベッド数総計7万6,172床 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の管理を行う退職者数は累計49万6,023人 ・4,737の地域で退職者による互助サービスによる自己管理施設1万6,218か所を設立 	<ul style="list-style-type: none"> ・全市の法律支援機関が実施した高齢者への法的支援案件は766件、高齢者の相談対応はのべ1万5,351人

4、敬老優待

バス優待	公園・観光地優待	文化・スポーツ優待
<ul style="list-style-type: none"> ・65歳以上の優待カードを持つ高齢者は無料で乗車でき、現在、1日平均のべ約156万人が利用している ・バスの優先シートの割合は10%以上。 ・バリアフリーのバスは5,575台、ほとんどで車椅子の高齢者が利用できる ・バスには車椅子を固定できる場所を設置 	<ul style="list-style-type: none"> ・全市共通の市営公園高齢者バスを発行。60～64歳の高齢者年間バス27万5,000枚を販売、159か所のA級観光地でのべ1,111万900人の高齢者が優待で入場、無料優待の高齢者はのべ4,693.6万人。 ・65歳以上の優待バスを持つ高齢者が無料で訪れた市営公園は11か所、のべ418万人。 	<ul style="list-style-type: none"> ・市の公共図書館は高齢者に無料で開放されている。60歳以上の高齢者は共通読者カードの手続きをすれば、保証金が半額になる。 ・大鐘寺古鐘博物館等10か所の文物局直轄の博物館は60歳以上の高齢証明を持つ高齢者に無料で開放されている。 ・65歳以上の優待カードを持つ高齢者は政府の投資で整備された14の国家級および73の市級の地区スポーツクラブで個人トレーニングに参加する際、無料サービスを受けられる。 ・29の公共運動場・体育館では60歳以上の高齢者のトレーニングが半額になる

北京市の敬老優待の特徴は、全体を平等にカバーしていることである。当地で全ての条件を備えた高齢者が優待を受けるだけでなく、外から北京に来た高齢者も一定の条件を満たせば同じ優待が受けられる。完全な普遍性を有する敬老優待政策である。

網易財經の報道^①によれば、2013年7月1日以降、北京市戸籍をもつ高齢者が受けられる11項目の優待のうち、他市の高齢者も「優待カード(証)」によって9項目の「同市優待」が受けられることになった。第7項「高齢者補助制度」と第8項「在宅介護福祉サービス制度」だけは「老年法」でいう「社会保障」の範囲に含まれるため、他市の高齢者は受けることができない。それを除けば、北京市は「他市の高齢者」の範囲を北京に常住する香港・マカオ・台湾の人々および帰国華僑にまで拡大している。彼らは公安部門で登録された満6か月以上の滞在証明があれば、北京市戸籍をもつ高齢者と同じ手続きで優待カード(証)を申請し、優待を受けられる。現在、臨時滞在証明により北京市が手続きを行った他市の60歳以上の高齢者はすでに24万人を超えている。

^①「常住北京外埠老年人可享九大優待(北京に常住する他市の高齢者も九大優待の対象に)」網易財經：
<http://money.163.com/13/0703/02/92QTQMFV00254TI5.html>
 2013-07-03 00:06:00 人民網より

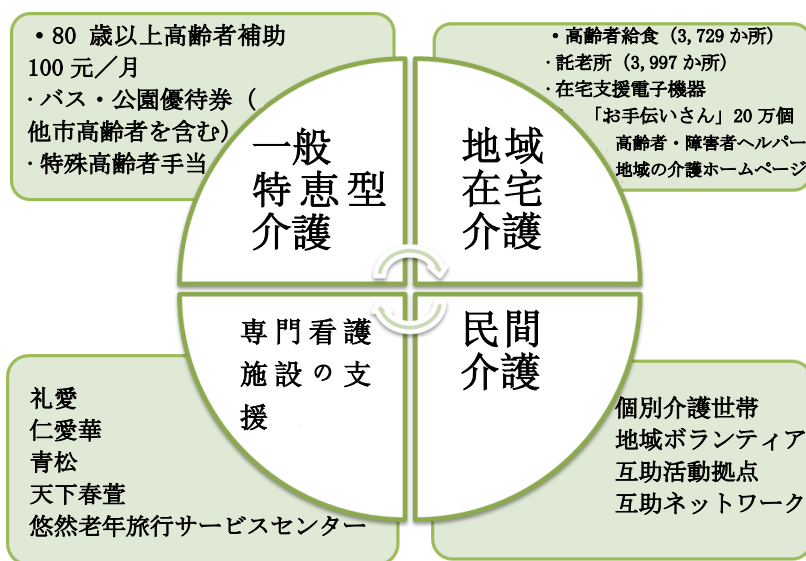
5、高齢者文化・教育・スポーツ活動

文化 教育 活動	全市の各級高齢者活動拠点（センター、室）6,655 か所、参加者のべ378万7,000人
	各種高齢者学校（高齢者大学、地区の高齢者学校）3,020校、年間の学習参加者は累計29万9,000人
	市の公共図書館が開設する講座は約700回、のべ約8万人が参加。
スポーツ 施設	300の全民トレーニングコースを一新し、全民トレーニング専用設備49か所を新設し、15の市級地区トレーニングクラブを開設
	社会スポーツ指導員を年間に9,318人育成し、2012年末までに登録済みの社会スポーツ指導員は全市で3万5,242人
	全民トレーニング科学指導講座を88回開講、受講者はのべ2万1,500人余り。
介護PR 活動	第1回中国国際介護サービス業博覧会に参加、「幸せな北京」をテーマに「最高の地区、調和の都、暮らしやすい町」北京での年長者の幸せな生活を展示し、成功を収めた。
	「色とりどりの人生で、夕陽が最も美しい」をテーマに、北奥会展公司主催による2012年北京国際高齢産業博覧会をサポートした
	中国中央TV、北京電視台、ラジオ局および各新聞で、年間を通じ介護に関する話題を2,200回余り取り上げた
	各図書出版機関から高齢者向けに800点余りの出版物が発行され、出版タイトルの10.2%を占めた

6、社会団体組織

老 齡 協 会	老齡協会は全市で6,267、参加者44万2,000人
	地域（村級）老齡協会 6,215
	街道（郷鎮級）高齡者協会 49
	区（県）級 老齡協会 3
そ の 他 高 齡 者 組 織	全市の老年基金会 3
	各種高齢者社会組織（老齡協会以外のもの）5,940、参加者63万1,000人

(二) 北京市の高齢者介護事業発展のポイント



上に示した図に明確に示されているが、北京市が1995年から始めた高齢者介護事業は、4つの分野において持続的発展の可能性を生みだした。すなわち、一般特惠型介護政策、地域在宅介護、専門看護施設に支援された地域在宅介護、ゆるやかな政策環境が育んだ民営介護施設である。

一般特惠型介護政策は、主に高齢者優待政策の分野に表れている。外部者を排斥することなく、超大型都市の包容力が表されている。

地域の在宅介護分野では、北京市の将来の高齢者介護事業のための最良の基盤と明確な目標がすでに定まっている。現在、地域の在宅介護は高齢者介護事業の専門化・民営化に向かって変化しつつある。専門看護、専門サービスの分野に民間資本を引き入れ、すでに成果をあげている地域の在宅介護を支援していく。

専門看護施設の支援政策は、地域の在宅介護の目標に基づき定められている。海淀区および朝陽区ではすでに実験が始まり、一定の成果をあげている。この分野は北京市の弱点でもあり、今後の発展方向でもある。北京市はすでに「回憶推進養老服務業發展的意見（原文は「回憶」。「加速」の誤植かと思われます。訳文では「高齢者介護サービス事業発展の加速に関する意見」としました——訳注）」の中で、この発展の方向性を明確に示しており、北京市の高齢者介護事業がこの文書で定められた全体的枠組みの中で、具体的な実施措置を適切に行うならば、さらに大きな成果をあげるはずである。

北京市は、前期で特に在宅介護への移行に力を入れたため、その緩和政策は地域の民間組織の積極的な高齢者介護サービス業への参加を後押しした。そこで、

家庭で介護を行う世帯や地域の介護ボランティア、地域の高齢者互助活動拠点や高齢者互助ネットワークが生まれたのである。さらに支援的政策が示されれば、民間の積極的な参加を大きく促すだろう。分散した民衆のパワーで現実の高齢者介護の重荷を分担することができれば、住民の就職問題や目前に迫っている高齢者介護問題を解決でき、また最少の公共資金投入で最大範囲をカバーできる、最も経済的な高齢者介護サービスモデルとなるのである。

四、北京の最も有望な典型例の分析

(一) 「塀のない養老院」から「ネット化介護」まで～北京市西城区月壇街道汽南社区

汽南社区は最も早い時期に「塀のない養老院」を開設した北京市内の地域で、かつて費孝通氏が考察して称賛した地域である。他の地域で行われている公共の在宅介護サービスの典型例とは異なり、汽南社区は完全に高齢者の実際の要望に基づき地域での在宅介護サービスを行っている地域である。これはボトムアップ型で、草の根レベルの「地域在宅介護」の典型例である。ここで示されている「塀のない養老院」の概念は、実際、塀に囲まれた介護施設モデルをすでに打破しており、地域の資源と行政地区単位の資源を重点的に整理・統合し、高齢者が真に必要としている公共サービスを提供している。

2012年5月、中国社会科学院社会学所および北京市博卡先鋒科技有限公司の強力な支援のもとに、汽南社区の在宅介護サービスのホームページが開設された（URL：www.jxfw.org.cn）。その位置づけは、地域内交流の場であり、高齢者の実際の要望が集まる場である。また社区建設協会が自己アピールをして、民間の資源を高齢者サービスに呼び込む対外窓口および連絡の場でもある。

この基盤の上に、地域の高齢者の基本データベースを構築し、高齢者のさまざまなニーズを分類整理して、社区建設協会が高齢者たちと話し合いを行う。データベースは整備に関わるものと高齢者の実際の要望およびサービス項目等の内容で分類され、すべてデータベースの基本情報となり、高齢者に関わる部門の内部交流に利用される。

同時に、高齢者の自宅を訪ねる親切互助ボランティアサービス部隊を結成している。構成員はボランティア管理スタッフおよびボランティアサービススタッフである。この部隊は戸別訪問とインターネットを組み合わせた介護サービスモデルを推進するうえでカギを握っており、オンラインネットワークの手助けにもなる。ボランティア部隊の人選にあたっては、汽南社区内の50歳前後の中老年のうち、高齢者関連業務に熱心で、地域の高齢者の状況に詳しく、コンピューターの操作に慣れている者にボランティア参加を呼びかけ、15人でボランティア管理チームを構成している。サポートボランティアは、主に地域内の元気な若者に参加を呼びかけ、主に集合住宅に住む高齢者に合わせた低料金のサービスを行っている。例えば高齢者が階下に降りる際の付き添いや通院の

付き添いといったサービスである。高齢者の在宅介護サービスが地域全体をカバーして全面的に機能しており、高齢者が常に誰かに支えられながら日常生活を全うする、このような方法は高齢者および社会からの称賛を受ける。高齢者たちは強く言う。「協会は私たち弱い高齢者のために『幸せな家庭』をつくってくれた」。

社区建設協会の他、地域の高齢者サービス施設、それに居民委員会、サービスステーション、不動産会社、地域の衛生拠点および各種商店などがいずれも、高齢者に提供できるそれぞれのサービス項目をメニューとして協会のホームページに登録し、多くの高齢者や民間組織の選択に供している。サービス提供者が高齢者の要望に応じて訪問サービスを行うのである。

各サービス提供者が介護サービスの公共のサイトにログインする。この業務が最も重要であり、また最も困難でもある。そこには、ボランティア管理スタッフが、サービスを受ける高齢者の介護に対する考え方を变えるよう働きかけたり、動画設備を設置したり、動画サービスを提供したりすること、また高齢者の家族と委託サービス契約を結び、関連する政策資源・社会的資源を整理・統合し、サービス技能の監督・評価・意見のフィードバックやサービス改善を行うことなどが含まれる。そして高齢者訪問互助ボランティア拠点の組織を絶えずレベルアップし、ネット化介護サービスのレベルとサービスの質を引き上げるのである。

汽南社区ではこのほかにも非常に効果をあげている、革新的な一連のオフライン介護サービス活動を行っている。

その第1は、レクリエーションサービスである。「塀のない養老院」のレクリエーションサービス業務を重点的に推進する。具体的な項目に「高齢者趣味チーム」活動を設け、「楽しいおしゃべり会」の定期集会や健康知識講座、夕陽互助ネットワーク活動等を行う。これら具体的な活動は、期間を区切って行うものもあれば、長期的に行うものもあり、現段階では等しく高い社会的評価と社会的効果の認知度を得ている。一致して称賛されるのは次の点である。レクリエーションサービスは人々の心を引き寄せてつなぐ橋であり、「塀のない養老院」の中核であるサービス部門をわが家のように感じ、話したいことがあれば進んで「楽しいおしゃべり会」に来て話をし、老人たちがお互いに本当の家族ではないのに家族よりも家族らしいと喜んでいる。このサービスを受けているのは65歳以上で子供が独立した独居老人が400人で90%を占め、のべ人数では1,500人、80%を占める。

第2は、「気づかい」サービスである。このサービスはまず地域の数か所の住宅で実験を行い、把握した高齢者の情報を関連資料と合わせて整理し、優れた介護サービス情報の基礎とした。次に介護サービスボランティア団体（巡回要員を含む）をつくり、いろいろな要望や趣味、趣向の交流の場を設け、高齢者たちを地域のいろいろな精神文化活動に参加するよう呼びかける。高齢者は自分や他人、社会への声を発し、自分を表現して価値観を高めるのである。また、各種専門技能を有する専門家や学者を招き、高齢

者の看護スタッフを訓練し、高齢者看護スタッフの技能を絶えず強化する。最終的には、実験に基づき、地域の高齢者サービスボランティアの管理およびサービスシステムを刷新し、地域、学校、社会が広く関与し、多様な形式が共存する、複製して拡大することが可能な高齢者サービスボランティア管理モデルを打ち立てる。このサービスを受けている高齢者の90%は、70歳以上で子供が独立した独居老人で600人、のべ人数は2,000人で80%を占める。

第3は、「力を集めて親切」サービスである。

(1) 高齢者が近代化された生活になじむ能力を向上させる。インターネット情報は現代の生活に必要なものである。高齢者の状況に応じ、コンピューター訓練講座を開設し、高齢者の生活の質を高める。家にいながら近代化されたショッピングや食事の宅配、株式売買、予約、救急等いろいろなサービスを受けられるようにし、銀行でATMの操作ができない、買い物でカードが使えないといった面倒を解消し、高齢者が平凡な生活を楽しく過ごせるようにし、継続的な学習で近代的な生活への対応能力を向上させ、高齢者のよりよい生活環境を作り出し、外の世界との交流の機会を増やす。

(2) 高齢者の自宅を訪ねるボランティアを活用し、電話での声かけと訪問声かけのしくみを構築し、地域の独居老人の日常生活の安全を保障する。定期的にボランティアの研修を行い、専門技能を把握し向上させる。地域の高齢者が外に出て地域活動に参加することを奨励・計画し、高齢者が充実した毎日を過ごせるようにする。民俗文化の祝祭日には老人活動を計画し、気候がよい時期には郊外に出かけ、とくに賑やかな近代的な生活になじませるようにする。

(3) 民間企業と協力し、幸せを届ける。地域の100人の要介護高齢者にバリアフリーのトイレの手すりを設けた。また要介護高齢者には紙おむつを、80歳の誕生日にはお祝いのカードを贈る。病気の高齢者を見舞う。

(4) 助け合いの介護サービスを積極的に推進する。地域の住宅（棟、集合住宅の場合はフロア）を単位として、個人の状況に合わせた各種のサービスを受けることが難しい高齢者に対して、助け合いの精神とウィンウィンの原則に基づき、1人のサービス者が複数の高齢者にサービスするようにした。これにより高齢者は経済的負担が軽減され、サービススタッフも収入が増え、在宅介護の健全な発展の活力となっている。65歳以上で子供が独立した独居老人300人、のべ1,500人がこのサービスを受けている。

(5) 「三暖」サービスとは、「人を暖め、心を暖め、家を暖める」サービスにより、高齢者の在宅介護の幸福感を高め、家の中で、懐かしく暖かな気持ちにさせるものである。協会は「塀のない養老院」のスタッフとともに、高齢者の心身の健康に良い各種の活動を行い、高齢者のさまざまな性格や嗜好に合わせて愛情を伝えてサポートする。また地域内に2つのボランティアサービスチームを結成し、高齢者を細かく分類し、手分けして各ボランティアが高齢者にサービスを行うようにしている。生活ケア、精神的文化的サービス、老人介護などのサービスである。電話連絡により、適時、地域の特殊貧

困窮家庭の独居高齢者や子供が独立した高齢者、退職高齢者、要介護高齢者および外出が困難な高齢者とコミュニケーションをとっている。高齢者が日常生活に不自由なく、楽しく暮らせることを保障し、独居高齢者の孤独感を解消する。民俗的祝祭日の集会、行楽、科学の普及講座や「楽しいおしゃべり会」活動を計画し、高齢者がより多く外の世界と交流する機会を設ける。その中から魅力的で健康的で、向上心のある積極的な高齢者を推薦し、記録を冊子にするとともに、その輝かしい足跡を物語として印刷し、地域の高齢者に広く配布し、地域の榮譽広報コーナーに置いて宣伝し、高齢者が自分の価値を実感できるようにしている。また積極的に孝行の文化を広め、計画的に高齢者と子供たちの愛情を深める活動を催し、親子が別居している家庭により良い環境を与え、地域の高齢者の文化的生活を豊かにし、独居者の孤独感を和らげている。この在宅介護サービスの主旨は、家庭での介護と施設での介護がうまく組み合わさっているところにあり、地域のボランティアサービスのしくみを革新し、複製して広めることが可能な高齢者サービスボランティア管理システムの新たなモデルを打ち立てた。このサービスを受けている人は、65歳以上で子供が独立した独居高齢者500人余りで、のべ1,000～1,500人、80%を占める。

(二) 月壇老齡協会ホームページを創設し、各方面の資源を統合したネット化介護の新モデルを実現

月壇地区の高齢化傾向はかなり厳しく、60歳以上の人口がすでに23%に達し、全国平均の13.7%をはるかに上回っている。

現在、月壇地区には家庭・施設・地域および行政部門といった4種類の高齢者介護方式が存在しているが、末端の地域で日増しに顕著になる住民の流動性、分散化、従来の行政単位で管理できない住民の増加は、高齢者の人口増加にともない現れてきた介護の個別ニーズへのサービスに対して単一の介護方式では応えきれない状況を生み出している。

高齢者介護が直面している真の困難は、誰もが自分の地域の高齢労働者のためのサービスを考えていても、スタッフが分散して必要な個別サービスを提供することができないということである。どの地域でも、その地域の高齢者に幸せな晩年を過ごしてもらいたいと思いながら、地域の資源がまったく足りないのである。介護施設はどこも拡大したいのだが、ほとんどの自立生活ができる高齢者は住み慣れた地域を離れたがらず、また要介護高齢者が入院または特殊看護を希望しても、介護施設の方でもベッド数不足が深刻で、看護スタッフも足りない。一人っ子世代の家庭介護は、さらに多くの不可能により阻まれる。

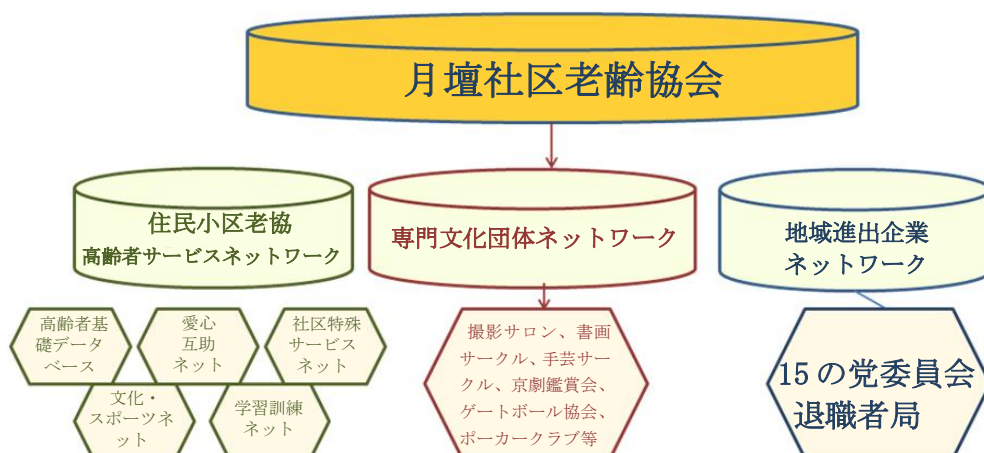
しかし一方で、民間の高齢者サービス製品のメーカーや各所の食堂でだぶついている食事の提供能力、地域周辺の各種サービス企業および組織、社会的サービス施設、政府の公共サービス資源、大勢の青年ボランティアたちは、社会のために何か役に立つこと

をしたい、高齢者と親しくしたい、高齢者サービス製品を届けたい、と思いながらそのルートがなく悶々としているのである。

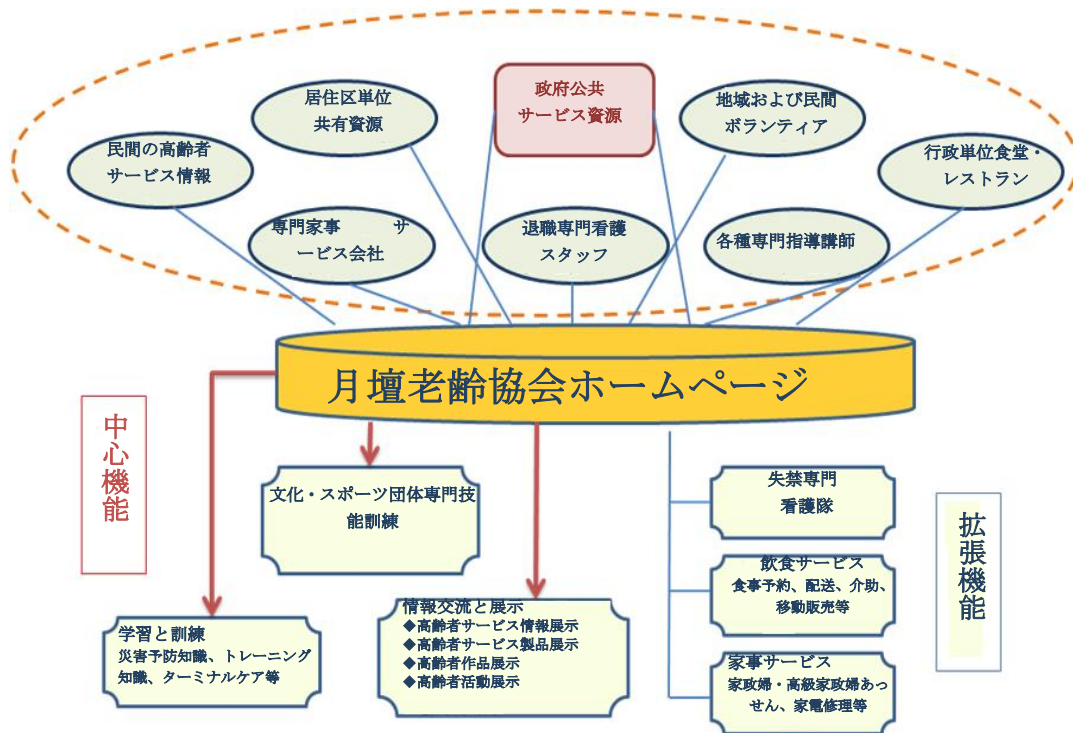
中国社会の日増しに進む高齢化が直面している数々の困難を打破するために、月壇老齡協会は中国社会科学院社会学研究所の社区情報化研究センターと協力して老齡協会が従事している実際の作業を基礎として、月壇老齡協会のホームページを設計した。その目的は、ホームページの開設を通じ、各種の高齢者サービス資源をそこに現れる高齢者の実際の要望とマッチングさせ、すべてのサービス提供者やボランティアが自分のサービス対象を見つけられるようにすることである。すべての高齢者サービス製品を一か所で競争させ、それを使う高齢者が真の評価を下すことは最適の評価基準である。すべての居住区単位の高齢者サービス資源を統合して利用し、あらゆる資源を適切に運用することは、高齢者の増え続ける活動ニーズを満足させる。若年老人および特殊な才能をもつ高齢者には十分に余力を発揮できるよう、地域の文化活動を豊かにするために健康的な生活方式を広めることに貢献してもらう。

ホームページを構築して高齢者サービスのプラットフォームとし、家庭・施設・地域・行政単位の介護といったさまざまなモデルを融合させたネット化介護は、現在中国ひいては世界でも革新的な介護方式である。汽南社区の先行モデルと月壇老齡協会ホームページの初期設計を通じ、ネット化介護モデルの非常に大きな潜在的な可能性を十分に実感している。ネット化介護は比較的安価ですべてのソーシャルパワーを活用でき、より多くの、より良いことができる。

ネット化介護は末端の地区内での一人一人の高齢者を基本に整備されるサービスのプラットフォームであるからこそ、いたずらに小細工をしたり見栄えを取りつくろったりしない。すべては高齢者の実際の要望から出来上がったものである。だからこそこのホームページの構築を始めることができたのである。具体的な内容は下の月壇老齡協会のネットワークとホームページサービス機能図に示す。



月壇老齡協会の組織ネットワーク図



月壇老齡協会ホームページサービス機能図

月壇老齡協会ホームページを通じて提供される高齢者サービスのプラットフォームは、模範的で広く推進可能な新たな「ネット化在宅介護」モデルの1つを探り、社会の各方面の共同で参加し、対応し、介護事業の難題の解決を促進し、地域の介護事業の持続的発展を促進して多方面が協力して築き上げる高齢者サービスシステムを試すものであり、高齢者が情報化社会のもたらす利便性をともに享受し、そこでしっかりと恩恵を受けられるようにするものである。

(三) 地域の在宅介護センターの創設

2011年、北京慈愛嘉養老服務有限公司は米国のRAH (Right at Home、中国語で「仁愛華」) ホームケア・サービスの管理システムを導入し、その効率的な管理システムと成功事例を中国の実情に合わせ、中国のサービスチームを設立した。中国の家庭に高品質の専門的看護サービスを提供し、中国での在宅介護モデルを研究・構築し、在宅介護事業全体の発展を推進しようとしている。

高齢化がやや進んでいる、米国や日本、スウェーデンにおいては、在宅介護はますます注目されるモデルとなっている。他の介護モデルに比べ、在宅介護の優れている点は家族が高齢者に付き添っていることで、子は安心でき、高齢者が受けるサービスがより適切であることである。特にアルツハイマー型認知症の高齢患者にとっては、入院や介護施設での生活は意識や記憶、感情に非常に大きな影響を及ぼす。家を離れてしまえば、慣れ親しんだ環境や家族と別れることになり、焦りやさらには幻覚、恐れ、物を盗まれた等の被害妄想を生む。

1、サービス理念

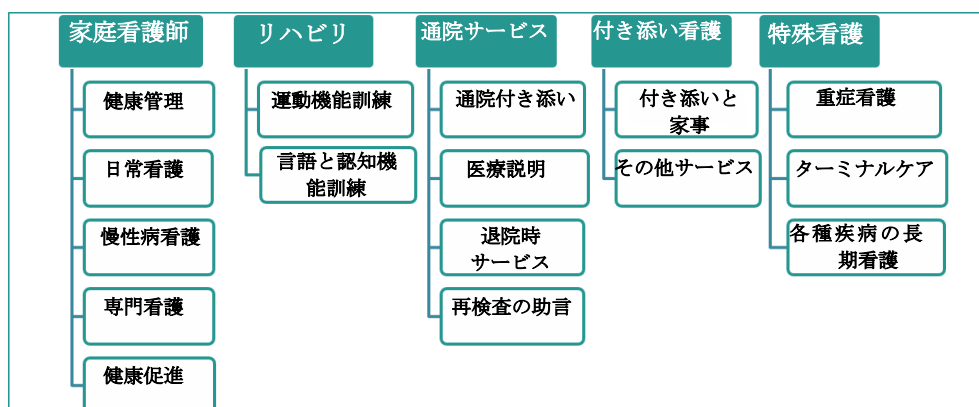
ご両親をお任せください。自由をあなたに。

ご家族が高齢になり、あるいはご病気になった時、日常のお世話を続けることは、あなたの愛する人やご家族が共有する試練になっていきます。三度の食事、洗濯、家事、さらには衛生上のお世話や着替え、食事のお手伝いなどの基本的な生活支援が必要になります。

このような予期せぬ困難に当たったとき、あなたは孤立無援ではありません。私たちがお手伝いいたします。



2、サービス内容



3、サービス方式

専門大学で学びプロの資質と経験をもち、45歳以下で高齢者と交流できるプロの看護スタッフを採用し、家庭の事情に合わせた看護サービスを提案する。費用は時間単位となる。1年余りで数百名の専門看護スタッフを採用し、高齢者への在宅サービスを提供している。

4、現在の状況

2011年北京東城区に開設された最初の在宅介護センターで、現在、北京東城と海淀に4か所、武漢、長春、上海、杭州、成都に各1か所開設している。

(四) 家庭養老院

北京でも家庭の住宅を利用して開設したミニ介護施設がある。現在はまだ名称がないが、うまく運営されている。たとえば昌平回龍観には、息子1人とその母親の2人で自宅に7人の同地域の高齢者を住まわせている例がある。自分の母親を養い、

自分の仕事をしながら、地域の高齢者を世話し、とても喜ばれている。老齡弁が視察に行き、彼を奨励して（1年に3万元）がんばるように励ました。

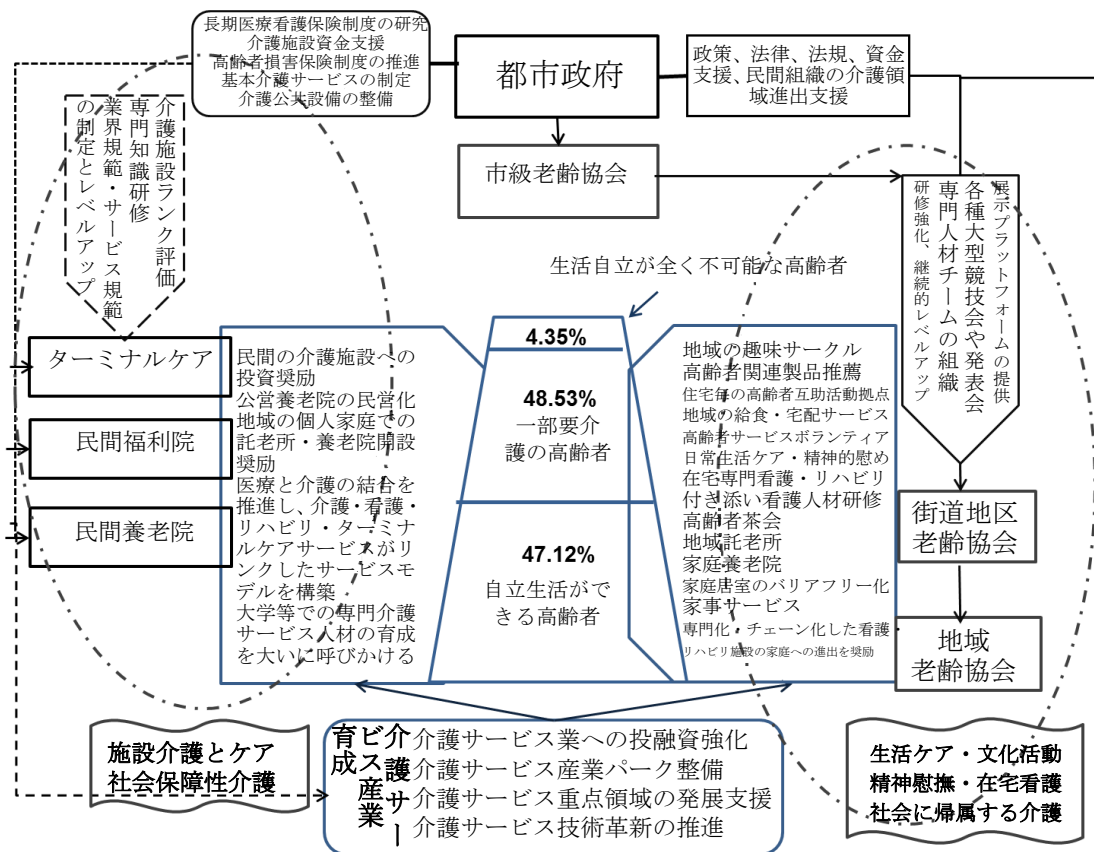
懷柔区にも同様の例がある。自宅で養老院を開き、北京市人民代表大会主任の母親と北京市民政局副局長の母親を世話している。しかしどちらも法律的要件の問題を解決できていない。

「北京市養老機構許可弁法（北京市老人介護施設許可規則）」の規定では、ベッド数が10床以上でなければ介護施設として申請・登録できない。規定では介護施設を許可していないのである。しかし現在の中国の状況からみて、そのような規定では無理である。これでは大都市の高齢者介護問題を握りつぶすことになる。北京市は幾千幾万もの介護家庭を掘り起こす必要がある。北京市老齡弁および老齡協会はこのような形式の養老院を「家庭養老院」と新たにこう名付けている。

五、北京市高齢者介護事業発展の概括と分析図

北京市高齢者介護事業の発展状況の分析に基づき、下のような図を作成した。介護事業の状況を全体的に概括して理解できるようにしている。点線部はまだ計画中の項目、実践部は既存の部分である。

北京市の高齢者介護サービス業計画に基づき、下図は2020年までにすべて実現される予定である。



上海市の高齢化と高齢者向けサービスの調査報告書

房莉傑

日本国際協力機構中国事務所の委託と資金援助を受け、中国社会科学院社会学所の研究チームは、上海の高齢化と高齢者向けサービスの状況について調査を行った。調査対象は、上海市民政局社会福祉処、楊浦区民政局、徐匯区民政局、黄浦区民政局、楊浦区平凉街道弁事処の4の行政部門、楊浦区社会福祉院、徐匯区第一福利院、徐匯区第二福利院の3の公立老人介護施設、徐匯区と楊浦区の2の私立老人介護施設、徐匯区康健街道、楊浦区平凉街道の2の地域医療サービスセンター、上海市社会工作協会、新浦老年社会工作服務所、長青社会工作師事務所の3の社会組織、徐匯区康健街道、楊浦区平凉街道、黄浦区半淞園路街道の3の地域サービスセンターおよびこれらの地域に住む高齢者。なお、本調査報告書で使用される資料の一部は、2012年に本研究チームが別の課題研究のサポートを受けて行った2回の調査研究の資料である。本研究チームは2014年初めにも補足調査を行った。調査の詳細は以下のとおり。

一、上海における高齢化の状況

上海は、全国で最初に高齢化社会に入った都市であり、全国で人口高齢化の度合いが最高の特大型都市^①でもある。2012年末時点の上海の戸籍人口1,426万9,300人のうち60歳以上は367万3,000人で戸籍人口の25.7%を占める。上海市に戸籍を持つ住民の平均余命は82.41歳である^②。

表1：上海市における過去の高齢化および高齢者の高年齢化の状況

年	総人口（万人）	60歳以上の人口		80歳以上の人口	
		絶対値（万人）	比率	絶対値（万人）	高齢者人口に占める比率*
2005	1,352.4	260.8	19.28%	--	--
2006	1,368.1	275.6	20.14%	--	--
2007	1,378.9	286.8	20.80%	50.2	17.50%
2008	1,391.0	300.6	21.61%	53.4	17.76%
2009	1,400.7	315.7	22.54%	56.6	17.93%
2010	1,412.3	331.0	23.44%	59.8	18.07%
2011	1,419.4	347.8	24.50%	62.9	18.09%
2012	1,426.9	367.3	25.74%	67.0	18.24%

*高齢者人口に占める比率：80歳以上の人口が60歳以上の人口に占める比率

資料元：上海市における過去の統計年鑑

①市轄区の非農業戸籍人口または都市部の常住人口が100万人を超える都市をいう——訳注

②『上海統計年鑑（2013）』より。

表1のとおり、過去10年近くで、上海の高齢者人口は数量、比率のいずれも急増しており、比率は2005年の19.28%から2012年には25.75%に上昇した。伸び幅も加速しており、2012年は2011年に比べ1.24ポイント上昇した。また、高齢者の高年齢化も進んでおり、80歳以上の高年齢の高齢者が60歳以上の高齢者に占める比率は、2007年は17.5%であったが、2012年には18.24%に上昇している。

上海市に戸籍を持つ青少年人口の比率は現在著しく低く、上海は「少子化」に悩まされている。現在、戸籍人口の出生率は世界でも非常に低いレベルにある。この10年近くで上海市の総出生率はやや上向いたとはいえ、改革開放以来、上海の戸籍人口の総出生率はおおむね低下傾向にある。上海の戸籍人口の総出生率は、1978年は1.2、1990年は1.3、2000年は0.96、2003年は0.64と、過去最低レベルに落ち込み、2008年は0.88、2009年は0.83と回復した。現在、出生率はこのレベルを維持しており、国際的に世代間の人口を維持できる出生率とされる2.1を大きく下回っている。同時に、高齢者扶養率は年々高まっており、2010年の上海の高齢者扶養率は34.4%、2012年は39.3%に上昇した。2015年は50%に達する見通しで、15～59歳の人口2人あたり高齢者1人を扶養する計算となる。

以上から、上海の高齢化はまさに継続的に、迅速に深刻化しており、2015年末には、60歳以上の人口は上海の人口全体の30%に当たる435万人に達する見通しである。「十二五」（第2次5か年計画、2011～2015年）は高齢者人口の急増期で、高齢者は年間平均20万人ほど増加、高齢化率は年平均1.3ポイント近く上昇するほか、上海市に戸籍を持つ80歳以上の高齢者人口は年平均2万4,000人増加し、70万人に達すると見られている。また、「純老家庭^①」、独居老人が増加し、特に80歳以上の高齢の高齢者による「純老家庭」の比率の伸び、農村部での「純老」増加が際立っている。2013年から、上海市の新たに増えた高齢者人口のうち80%以上が一人っ子の父母で、上海市の人口高齢化には一人っ子の父母の高齢化という新しい傾向が現れている。従来の家庭介護の機能が弱体化するに伴い、高齢者向けサービスに対するニーズが高まっている^②。2014年と2015年、上海において高齢者向けベッドをそれぞれ7,500床追加しなければ2015年末の全市の高齢者向けベッド数12万5,000床の目標を達成できないと予測されている。現在、ベッド不足は深刻である。

二、高齢者向けサービスをめぐる政策と計画

上海市は、早くも2005年末と2006年初めに、▽地域の高齢者向け住宅の設置標準の強化を通じて、90%の高齢者に対しては家庭介護を奨励する▽地域において家庭に住みながらも社会サービスを必要とする高齢者のうち7%に対して訪問、デイケア、食事提供を行う場所設置など、地域密着型居宅介護サービスの提供を支援する

^①1年のうち連続6か月において、実際に居住する成員がいずれも60歳以上である世帯——訳注

^②『上海市高齢者事業発展十二五計画（2012）』より。

▽政府が市場の参加を主導・奨励し、3%の高年齢の高齢者または生活機能障害（認知障害）のある高齢者に対しては入所生活介護機能のある施設介護サービスを提供する——という「九零七三」（90%、7%、3%）の高齢者向けサービスの枠組みを打ち出した。「民営化高齢者向けサービス体制」とは、つまり7%の地域密着型居宅介護サービスと3%の施設介護サービスで構成され、一定の生活機能障害のある高齢者に向けて基本的なケアサービスを提供することである。「十一五」期間において、上海は高齢者向けサービスに関する具体的指標を国民経済と社会の発展に関する「十一五」計画綱要に盛り込んだ。そのうち、定量的指標は、2010年末までに上海の高齢者用ベッドを10万床に、上海の居宅介護サービスの受益者を25万人にそれぞれ増やすことである。25万人という数字は2010年の上海の高齢者人口の7%に当たり、ベッド10万床は3%の高齢者をカバーし、これらを合わせると、地域密着型高齢者向けサービスの受益者は10%となる計算である。実際の実施状況をみると、「十一五」期間の末（2010年末）時点で、上海市の高齢者用ベッド数は10万床、地域密着型高齢者向けデイサービス施設は303か所、地域密着型高齢者向け「食事提供場所^①」は404か所、地域密着型居宅介護サービスの対象者は25万2,000人で上海市に戸籍を持つ高齢者人口の7.6%を占めた。つまり、家庭介護、地域密着型の居宅介護サービス、施設介護サービスを統合した「九零七三」の高齢者向けサービスの枠組みがほぼ構築された。

上海市の高齢者人口の急増に伴い、上海市はサービス量を増やすだけでなく、サービスや管理の質を改善し、サービス効率を高める必要に迫られた。「十二五」期間の方針として、「九零七三」の高齢者向けサービスの枠組み、「老人介護施設をめぐる科学的な計画、合理的な配置」の継続的強化・改善が提起され、「十二五」期間の末までに、高齢者用ベッド数を12万5,000床、地域密着型高齢者向けデイサービス施設を400か所、地域密着型高齢者向け食事提供場所を600か所にそれぞれ増やし、これらのサービスで43万人前後（そのうち、地域密着型居宅介護サービスの対象者は30万人、施設介護サービスの対象者は12万5,000人）をカバーする見込みである。2012年末時点で、地域密着型居宅介護サービスの対象者は27万2,000人（市の高齢者人口全体の7.4%を占める）、高齢者用ベッドは10万5,000床（市の高齢者人口全体の2.9%を占める）に達した。

過去十数年の高齢者向けサービスをめぐる政策と計画からみて、上海は「地域密着型居宅介護サービス」、つまり世界で言われる「コミュニティーケア」を特に強調している。民政部が提起した「居宅を基礎とし、地域を拠所とし、施設で補充する」高齢者向けサービスの原則について、上海市は「家庭」を基礎とする、つまり、「九零」（90%）の部分について「家庭」の基礎的な役割を存分に引き出すべきだと考え

^①地域の高齢者に食事の加工・配膳・配達・集団食事などのサービスを提供する場所をいう——訳注

ている。なぜなら、この部分は低年齢で健康な高齢者または家族の支えを十分に得られる高齢者が主体だからである。「高齢者介護の民営化」にこの部分の高齢者は含まれない。「居宅」というのは、高齢者が家庭に居住し、民間が支える高齢者向けサービスを受けることをいう。こうした社会的支援の大部分は地域を受け皿としており、「地域密着型居宅介護サービス」とも理解できる。これは、政府が重視し、支援すべきと考える「高齢者介護の民営化」の中核であり、上海もその方針に則っている。過去の10年間において、地域密着型居宅介護サービスはつねに上海における高齢者向けサービス体制づくりの核心であった。老人介護施設については、上海は「施設で補充する」を「施設を支えとする」に変更すべきだと考えている。上海の考えによれば、施設は非常に特化されたサービスを提供する場所であり、高齢者向けサービスの発展にとって比較的重要なポイントである。施設がカバーする高齢者は最多ではないが、技術性、専門性を有することは間違いない。「十二五」期間において、上海が新規建設した施設のベッドは介護用、とりわけ1級介護を必要とする高齢者が多く、その医療、介護の専門性の強みが十分に生かされている。

「十一五」期間において、上海は、地域密着型居宅介護サービスから着手し、高齢者向けサービスに対する補助金制度を実施した。主として上海の財政資金を使用して、生活が困難な高齢者に政府購入公共サービス^①の補助金を支給し、対象とするサービス内容を高齢者向けサービスに限定した。補助金制度を実施する際、これらの補助金を誰が取得可能か、優先的に誰に給付するか、取得者はどのようなサービスを得られるかを確定するために、申請者に対して高齢者向けサービス需要の評価を行わなければならない。評価内容は、以下の2つである。

(1) 高齢者の経済力。補助金は主として、最低限の生活保障を受けられる高齢者、月収が最低ラインから最低ラインの1.5倍の間にある低所得の高齢者を対象とする。

(2) 高齢者の生活機能障害の程度。専門の評価チームが高齢者の自立生活能力、認知能力、感情コントロール・行動能力、視覚能力の4つの方面から点数をつけ、程度（軽度、中度、重度）を評価した後、程度に応じた補助金300元（軽度）、400元（中度）、500元（重度）を支給する。2008年、80歳以上の高年齢の高齢者の自立生活能力の深刻な弱体化、生活介護需要の顕著さに鑑み、上海市政府は、既存の高齢者向けサービス補助金制度に加えて、80歳以上の高齢者向けにさらなる政策を制定し、条件に適合する高齢者にサービス料金の半額を補助した。その条件としては以下の5つがある。

- ①80歳以上である
- ②1人暮らしである
- ③所得が上海市都市労働者養老金の平均ラインを下回る

^①政府が提供していた公共サービスについて、一定の資格を持つ民間組織に運営を委ね、民間から政府がサービスを購入する形で提供すること——訳注

④生活機能障害の評価の結果、一定の生活機能障害に該当する

⑤自発的に半分のサービス料金を支払う意思がある

2012年、評価の結果、サービス対象者の46%を占める高齢者12万6,000人がサービス補助金を取得した。サービス補助金の総額は約3億5,000万元に上った。補助金対象者のうち、満80歳以上の高年齢の高齢者は約7万7,000人で、補助金対象者の61%を占めた。前述した補助金はいずれも補助券や直接的な現金手当の形ではなく、政府が締結済のサービス施設からの直接サービスを購入する形をとった。

2011年から2012年の2年間にかけて、「高齢者介護の民営化」体制づくりに充てられた地方財政の投入総額は21億6,000万元、年間平均投入額は10億8,000万元に上る。そのうち、全市の老人介護施設の建設（高齢者用ベッドの追加、高齢者向けデイケア施設の増設、地域密着型高齢者向け食事提供場所の増設）にあたって、市・区から14億7,600万元が投入され、高齢者向けサービスの補助金から6億8,000万元が投入された。

三、地域密着型居宅サービスの状況

「地域密着型居宅サービス」、つまり地域の支援を拠所とした生活機能障害のある高齢者向けの居宅サービスの提供は常に上海の高齢者向けサービス体制づくりの中核である。上海市は2000年、全国に先駆けて地域密着型居宅介護サービスの試みを開始し、地域密着型高齢者生活支援サービス、高齢者向けデイサービスセンター、地域密着型高齢者向け食事提供場所をサービス主体とし、訪問介護、デイケア、食事提供サービスを主たる形式とし、生活介護、リハビリ介護、メンタルケアを主たる内容とするサービスモデルを構築した。つまり、食事、医療、救急、行動、掃除、入浴の6つの介護に高齢者ケアパートナー（主として「高齢者パートナープログラム」）を加えた「6+1」サービス体制である。

サービス主体に関して、各地域に1か所の地域密着型高齢者生活支援サービス団体および1か所以上の高齢者デイサービスセンターがあり、中心市街地には、地域毎に3から4か所の高齢者向け食事提供場所がある。これらはいずれも地域に根ざしたサービス組織、サービス施設である。また、サービス管理の点からいえば、上海市は、市級に「地域密着型居宅介護サービス指導センター」、その下の17の各区・県に1級の指導センター、区級の指導センターの下に街道毎の「サービスセンター」を置いた3層の管理体制をとっている。これらの組織はいずれもサービスを直接提供することはなく、毎年補助金の予算や決算、高齢者が申請した書類の審査、身体評価、サービスチームの研修、サービスレベルのフォローアップ検査・監督といったサービスの管理を行う。これらの2つの組織はいずれも民間が非企業として登録し、政府購入公共サービスを通じたプロジェクト的な運営形式をとる。

地域密着型高齢者生活支援サービス団体のサービスチームは、長年にわたって少しずつ形成されたものである。現在、全市のチーム規模は3万3,000人、サービス対象高齢者は27万人に上る。2004年、地域密着型高齢者生活支援サービス団体の始動当初、「万人就業」プロジェクトとの連動を目的として、各方からの資金を集めて発足された。当時の「万人就業」プロジェクトの規定では、非正規就業の形をとる組織について、それを1つ設立する毎に就業促進基金から設立経費を申請することができた。このような手段が可能であったからこそ、「40、50」のレイオフ労働者を中心としたサービス員からなる上海市の地域密着型高齢者生活支援サービス団体が広範囲にわたって発足された。地域毎に高齢者のニーズが異なるため、提供される訪問サービスの内容も異なる。サービス内容は、地域が居住する高齢者に共通するニーズをもとに設計する。上海市が設計した地方標準は、サービス項目を10の大分類に分けており、これらのサービスをほぼカバーしている。

このほか、高齢者がハイリスク層であることに鑑み、財政資金によって地域総合保険を購入している。つまり、地域の公共施設、例えば高齢者サービスセンター、体育館などで発生したすべての不慮の事故について、保険会社が賠償する。

2012年末時点で、全市の地域密着型居宅介護サービスを受けた高齢者は27万2,000人に達した。内訳は、訪問介護が20万7,000人、食事提供が5万4,000人、デイケアが1万1,000人。現在、地域密着型高齢者生活支援サービス員3万1,000人、管理員500人余り、評価員50人余りで構成される地域密着型居宅介護サービスチームが形成されている。また、全市をカバーする3つの級（市、区・県、街道・鎮）のサービス組織のネットワーク、市、区・県、街道・鎮にそれぞれ対応する地域密着型居宅介護サービス管理機構、サービス主体が設立された。サービスの実組織は、地域密着型高齢者生活支援サービス団体231か所、地域密着型高齢者デイサービスセンター313か所、地域密着型高齢者向け食事提供場所492か所。

楊浦区平涼街道を例にとると、平涼街道には3か所のデイケア施設があり、100人余りの高齢者がそのサービスを受けている。これら高齢者は80歳から90歳の自立生活が可能で、街道は高齢者の朝晩の送迎用車両を用意した。デイケア施設では入浴、理容、足の手入れなどのサービスが提供され、ボランティアが高齢者に歌を唄ったり、高齢者同士も九子局遊びや中国独楽を楽しんだりなどしている。デイケア施設の専門のソーシャルワーカーは、高齢者の特徴を踏まえて活動を組んでいる。高齢者はこの施設に非常に好感を持っており、「仕事に行ってきます」、「仕事から帰ってきたよ」などと人に話す高齢者もいる。また、平涼街道には高齢者向けに食事提供を行う場所が2か所あり、1日あたり平均500人から600人分の昼食、夕食を用意している。地域に住む高齢者は配食サービスを受けるか、または高齢者向けに食事を提供する場所で食事ができる。食事提供場所の食事料金は1人あたり9元で、そのうち2元は政府の補助金、7元はサービスを受ける高齢者が自ら負担する。

この価格は市場価格を顕著に下回っている。

徐匯区康健街道を例にとると、この街道は2006年に全市で初めて高齢者向け食事提供場所を設置した。現在、1か所の総合型（食堂での食事も宅配も可能）の食事提供場所、11か所の単一型（食堂での食事のみ可能）の食事提供場所、2の高等教育機関内に食事提供場所が設けられており、地域に住む高齢者1,000人余りの食事の需要をほぼ満たしている。生活介護の面では、街道弁事処は家事代行サービス業者と契約を締結し、家事代行サービス員200人余りが高齢者に家事代行サービスを提供している。高齢者の生活機能障害の程度と家庭の経済的状況を踏まえて具体的に評価したうえで、高齢者の補助金を確定している。補助金を受けられるサービス対象者に対しては、街道弁事処が指定の家事代行サービス会社からサービスを直接購入する。補助金を受けられないその他のサービス対象者については完全に市場のルールに従う。

徐匯区を例にとると、2012年末時点の徐匯区の高齢者は23万4,000人で、区の総人口の25.58%を占めるが、すでに高齢者2万3,078人が政府による居宅介護サービスを受けている。そのうち、6,809人は政府の補助金を受けており、その他はいずれも自費でサービスを購入している。

「十二五」期間における、上海の地域密着型居宅介護サービスの計画は次のとおり。▽「十二五」期間に、地域密着型居宅介護サービスの対象者を上海市に戸籍を持つ高齢者人口の総数の7%を占める30万人にする▽高齢者向けデイサービス施設を100か所以上増設し、高齢者向けの地域密着型食事提供場所を200か所以上増設する▽地域密着型高齢者向けデイサービス施設を高齢者3万～4万人あたり1か所の基準で設置するとともに、一定数の高齢者向けに食事提供場所を設置する▽各級の地域密着型居宅介護サービスセンターの機能を改善し、高齢者向けサービスの補助金を受けられる対象者を拡大し、高年齢の高齢者、貧困層、1人っ子が身体障害者であるか、または死亡した高齢者の両親など、重度の生活困難を抱える高齢者向けサービスに対する補助金を強化し、サービスの専門性を高める▽資格、ブランドを持つチェーンストア経営の公共型の高齢者向けサービス運営組織を積極的に育成する――。

上海市の高齢者向けサービス政策は、高齢者ができる限り家庭内でサービスを受けられるようにするという方針であるため、外部の組織による訪問サービスだけでなく、高齢者のいる家庭（住宅）の改造を通じた高齢者に適した家庭環境づくりが図られている。2012年の重要な革新的活動の一つに、高齢者がいるが住環境が悪い世帯を対象として、高齢者の身体状況に合わせた住宅に改造する取り組みがある（床を滑りにくくする、手摺を増やす、採光を増やすなど）。このほか、高年齢の1人暮らし高齢者を対象に、緊急呼出装置の据付を開始すると同時に、認知症高齢者向けの行方不明防止装置の設置に取り組んだ。

このほか、上海市は地域のボランティア、とりわけ低年齢の高齢者を活用し、需

要のある高年齢の独居老人にサポートを提供している。2004年から上海市は、地域内の高年齢の独居老人を対象として、地域のボランティアをパートナーとして送り込み、定期的な家庭訪問、電話訪問、水道・電気・ガスの安全点検などを通じて独居老人をケアする「独居老人向けパートナーケア活動」を開始した。2012年、この活動は実施範囲が拡大し、制度化された「高齢者パートナー」プログラムへと発展した。

実例：上海市の「高齢者パートナー」プログラム

「高齢者パートナー」プログラムは2012年の上海市政府の「実事プロジェクト」である。60歳から70歳で、健康体の高齢者をボランティアとし、同じ地域の80歳以上の高年齢の独居老人とペアになり、低年齢の高齢者ボランティアが高年齢の高齢者に助け合いサービスを提供するというもので、その内容は主として「健康的な生活スタイル」を主題として、生活機能障害の予防、健康に関する科学知識の普及、メンタルケアなど、家庭的思いやりをもって生活補助サービスを展開し、リスクの発生の予防、低下を通じて、高年齢の高齢者の生活の質向上と社会参加を促進する。

どのボランティアも業務ハンドブック2冊を持ち、1冊は高齢者の状況と高齢者に対するサービスの状況を記録する。毎日記録し、毎月集計する。毎月、すべてのボランティアの活動内容を集計した後、ボランティアリーダーに報告し、その後、ボランティアリーダーがボランティアの活動状況を高齢者サービスセンターに報告し、最後に、当該プログラムの日常運営を担当する社会組織に報告する。社会組織は、20%ほどのサービス対象リストを抜き出し、サービスの状況を確認する。もう一つのハンドブックはサービス内容の指導書で、主としてボランティアに高齢者に語りかけるべき内容が書かれている（訪問の際、秋の養生など、高齢者にとって興味があることを話しかける、など）。

このプログラムは、政府購入公共サービスの形をとり、上海市社会工務協会が管理する。同協会は、プログラムの設計、ボランティアの研修、日常運営の評価、監督などを担う。

このプログラムの周期は1年で、費用は市から割り当てる。全市の1年の経費は90万元ほどで、組織費用、運転費用が含まれる。最後に残った資金はボランティアに用いられる。プログラム全体を完了した後、年末に総括会議を開き、各ボランティアには奨励として賞品（普通は200元ほど）が送られる。ボランティアは普段、日常的な現金手当はない。

四、施設介護の状況

2012 年末時点で、上海市は全市 631 か所に老人介護施設を擁し、ベッド数は 10 万 5,000 床に上る。そのうち、1 級介護用は 60% 近く。2 級、3 級介護用はそれぞれ 20%。全市の老人介護施設の従業員は 2 万 3,000 人で、そのうち 60% が第一線の介護職員である。法人の性質で分けた場合、民間非企業単位は 598 か所で全体の 95%、事業単位（企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとらわれない機構のこと。——訳注）は 33 か所で全体の 5% をそれぞれ占める。投資の性質で分けた場合、公的老人介護施設は 301 か所で全体の 48%、民間老人介護施設は 330 か所で、全体の 52% をそれぞれ占める。総数の 13.8% を占める 85 か所の老人介護施設は医療保険ネットワークに加入している。2012 年、市政府は、「上海市の『十二五』期間における老人介護施設の建設に関する若干の意見（關於推進本市“十二五”期間養老機構建設的若干意見）」を公布し、「十二五」期間の老人介護施設の建設標準、補助規則、関連措置を明文化し、▽新規に建設された公的老人介護施設について、市政府は、査定済み建設コストの 50% から 75% の比率で補助金を与える▽標準を満たす民間の非営利老人介護施設については、査定済み建設コストの 50%、上限 8 万元の標準で補助金を与える——ことを示した。

「十二五」期間において高齢者用ベッドを年間 5,000 床増やす目標に従い、2011 年は 5,441 床、2012 年は 5,227 床の増設を遂行した。2012 年末時点で、全市の高齢者用ベッド数は 10 万 5,000 床、高齢者 1,000 人あたりベッド保有数 30 床の目標を達成した。

徐匯区を例にとると、老人介護施設の管理に関して、2005 年に、民間の非企業組織で、主として老人介護施設の初期申請、建造プロセスにおける指導、設計図の監査および職員に対する継続教育、業務の指導、管理、考査などを手がける「老人介護施設指導サービスセンター」を設立した。同区は、老人介護施設をめぐる諸々の優遇政策についていずれも施設の考査と関係付けているほか、施設建設の標準化に力を入れている。中でも徐匯区福利院（公立）は模範的な役割を果たした。

以下に述べる徐匯区第一福利院の実例から、公立老人介護施設の状況をより明確に知ることができる。

実例：徐匯区第一福利院

この福利院（福祉施設——訳注）の敷地面積は 6 ムー（1 ムーは 6.667 アール——訳注）、建築面積は 4,200 平米、査定済みベッドは 180 床。現在、利用する高齢者はほぼ満員状態で、平均年齢は 86.5 歳。1996 年の竣工当時、「晩年の楽しみ」を求める、身体が健康な高齢者が主な入居対象であったが、高齢化の深刻化と意識の変化に伴い、入居対象に構

造的な変化が生じ、今日では、専門介護や1級介護が必要な高齢者が主な入居者となっており、これら的高齢者は入居者全体の86%を占めている。一方、2級、3級介護が必要な高齢者は基本的に施設竣工当時の入居者で、現在はほとんど入居していない。

入居する高齢者が支払う料金はベッド代、介護料、食費。ベッド代は2人部屋の場合は1人あたり毎月1,000元、4人部屋の場合は500元。介護料は1999年に立案された基準に従っており、1級介護は480元、2級介護は300元、3級介護は150元。専門介護は協議価格で、通常は1,000元前後。食費は1人あたり毎月350元。一方、介護員の賃金月額は2,500元以上で、社会保障費などのコストを加えると、1人あたりの人件費は基本的に3,000元を超える。福利院の料金体系は相対的に低く、真に福祉施設の支出を賄うことはできておらず、財政補助金に依存している。事実、必要予算の全額を国家予算で賄う事業単位である福利院は、高齢者が支払う費用をすべて財政に上納した後、日常の運営や賃金などは区の財政配分が解決する「収支二条線^①」の方法を採用している。現在、徐匯区は財政資金からこの福利院に対して毎年700元ほど割り当てている一方で、福利院の実際の所得はわずか200万前後である。この福利院の料金は低いため、ベッドは供給不足となっており、入居順番を待っている人は計100~200人は下らない。

この福利院には職員が計100人在籍し、上級介護員が2名、中級・初級の介護員が数名いるほか、その他の職員はいずれも上海市業界団体の職業訓練を受けている。市の業界の配分要件に従い、各介護員が介護する高齢者の数は3級介護の場合は5~10人、1級介護の場合は3.5~5人、専門介護は1.5~2.5人である（これは上海市が制定した基準で、公立、私立の老人介護施設はいずれも厳格に適用している。）この福利院は徐匯区のベンチマーク施設であるため、財政配分を通じて介護員の賃金待遇を高めている。上海市の介護員チームが全体的に不安定な中、この福利院の介護員は比較的安定しており、職員の流動が少ない。

院内には医療部門が設けられており、医療保険を受けられ、ささいな病気や怪我は外出せずに治療できる。また、上海の老人介護施設は通常、所在する地域の衛生サービスセンターと連動しており、高齢者の診療、薬品の送達のために衛生サービスセンターから医者を呼びつけている。

上海市の高齢者向けサービス計画によると、地域密着型居宅介護サービスが主体で、老人介護施設は専門性が強いサービス主体として位置づけられている。第一に、その責務は主として自立生活能力が非常に低く、家庭に介護能力がない重度の生活

^①公共医療機関の収入は全て政府に上納して政府が管理し、人件費やその他の支出については政府が分配し、収入と支出の金の流れを完全に切り離す方式をいう——訳注

機能障害を抱えた高齢者に専門性の高い介護サービスを提供することであり、それは「十二五」計画の中で明確にされ、指針とされている。公共の財力は生活機能障害を抱えた高齢者を収容する老人介護施設に対する補助金拠出を強化しているため、公立の老人介護施設はここ数年、主として重度の生活機能障害を抱えた高齢者を主な収容者としている。調査対象の3か所の公的老人介護施設はいずれも重度の生活機能障害高齢者が主な収容者である。そのうち、生活機能障害者の比率が最低の楊浦区第一福利院でさえ、入居する高齢者600人余りのうち、介護が必要な高齢者は3分の2を占めている。

このほか、専門性を強調する施設である公立老人介護施設はまた、介護員の研修の責務も一部担っており、その機能を地域密着型居宅介護サービスの分野へと延長し、居宅介護サービスの技術支援の場となっている。徐匯区第二福利院のサービスは、地域密着型居宅介護サービスに対する拡張機能を持っており、一部の地域の居宅介護者を集めて、福利院での専門訓練に参加させている。これらの研修サービスは政府が行政命令の形で福利院の責務として定めたものであるため、追加経費は発生しない。

楊浦区福利院は、区級の高齢者向けサービスプロジェクトの入札の形で、居宅介護者を支援対象としたプロジェクト「高齢者介護者の家」を打ち出した。なぜなら、今日の介護サービス従事者の多くは新上海人（改革開放後に地方から上海にやってきて定住した者——訳注）であることから、上海出身の高齢者の言葉が聞き取れず、コミュニケーションが不可能で、生活習慣も高齢者と差異があり、このプロジェクトを通じて居宅介護者に対する研修を行う必要があるためである。また、それに加えて、地域へと拡張し、家庭介護者、居宅介護者の研修、メンタルケア、居宅の生活機能障害を抱える高齢者に対する臨時的な看護など、「レスパイトサービス」(respite service)の試みを開始した。とはいえ、これらのサービスはまだ、臨時的な入札プロジェクトの形で実施されているだけで、まだ試みの段階にあり、制度化はされていない。

公立老人介護施設以外に、上海は民間資本の高齢者向けサービス分野への進出をサポートしている。徐匯区の民間施設のベッド数と公立施設のベッド数はそれぞれ50%を占めるが、民間老人介護施設と公的老人介護施設は大きく異なっている。次の例は同じく徐匯区の実例であり、前述の徐匯区の公立老人介護施設の実例と比較することができる。

実例：徐匯区の某民間老人ホーム

この老人ホームは開設6年目で、民設公助（民間が設立し、政府が資金援助する方式——訳注）の性質を持つ。建物はもとは校舎として使われていたもので、入札を通じて取得した後、改築を施した。高齢者の需要に合わせて必要な設備を改築したほか、一部の建物を追加し、過去のバスケ

ットボールコートを庭園に改築した。全体的にみて、環境は美しく、静けさに満ちており、設備は人に優しく、高齢者の居住に非常に適している。この点、公立の老人介護施設に比べて若干上手である。

この老人ホームの既存ベッド数は 88 床。ついこの間介護病院に移転した高齢者 3 人分のベッドが空いているのみで、ほぼ満員状態である。入居者のうち、全面的な介護が必要な高齢者は 30 人余り。入居者は定年退職した教員、離職休養者が大半を占め、一般労働者は少ない。それは主として、老人ホームの料金と関係する。

老人ホームの料金は、3 つの部分（食費、ベッド代、介護料）に分かれ、食費は毎月 450 元、ベッド代は 1,200 元から 2,000 元、介護料は 3 級が 360 元、2 級が 600 元、1 級が 1,100 元で、全面的介護が 1,600 元から 2,200 元。この料金は当該老人ホームが自ら設定したもの。昨年政府が指導価格を設定していたが、その後開放され、今日は主として市場メカニズムに任せている。この老人ホームの総料金は現在、1 人あたり毎月 3,000 元から 3,500 元前後。管理者の紹介によると、この料金は徐匯区では中の上レベルで、「高級」老人ホームには届かない。

市場ベースの料金以外に、徐匯区政府の入札プロジェクトであるため、市・区政府も多くの補助金を出している。市からも、開設されたばかりの民間老人ホームに対して、ベッド 1 床あたり 1 万元の補助金を拠出している。徐匯区についていえば、補助金には以下の 3 つがある。

(1) 職員補助金——上級介護員は毎月 400 元、中級は 300 元、初級は 200 元。勤務証は 100 元、院長の補助金は、考査評定により、毎月 300、400、500 元。

(2) 賃借料補助金——1 平米あたり毎月 5 元。

(3) ベッド補助金——ベッドあたり毎月 200 元（ベッド補助金は徐匯区の高齢者のみが対象であるため、自区から高齢者を募集する傾向がある）。

これらの補助金をすべて足し合わせると毎年 25 万元前後に上る。この老人ホームの当初の投資額は 300 万元余りであったが、すでに 3 分の 1 余を回収済みで、毎年利益が出ている。老人ホームの支出は主として人件費、家賃、設備の保守、更新など。そのうち、人件費が最大で、すべての支出の 70% を占める。家賃は毎年 15 万元。

この老人ホームには現在 25 名の介護員が在籍している。介護員はいずれも高齢でいずれも 50 歳前後。そのうち中級介護員は 3 名、初級は 4 名、その他はいずれも勤務証を所持している。当該施設の介護員の基本賃金は残業なしで毎月 1,500 元、残業代を加えた場合は 2,000 元前後に上る。介護員の流動率は高い。

この老人ホームには医療施設が設置されており、医務室があるものの実

質的には保健所であり、処方権限を持たない。高齢者向け医療サービスは主として毎週木曜日の地域の医療機関による訪問サービスである。

前述した 2 つの実例から、公立、民間の老人介護施設に大きな違いがあることが分かる。上海の公立老人介護施設は市場メカニズムの環境にあるが、市場主導型の運営方式がとられていない。財政割当金の支援があるため、公立老人介護施設は比較的 low 料金で高水準のサービスを提供できる。まさにそのために、公立施設は「順番待ち」の高齢者が非常に多い。徐匯区第一福利院は現在、高齢者 200 人余りが順番待ちリストに登録されており、楊浦区福利院の順番待ちリストは 600 人に上る。一方、民間老人介護施設は、政府の補助金があるとはいえ、収益の大部分は利用者からの料金徴収で、完全に市場主導型の運営がなされており、料金も公立老人介護施設より遥かに高い。

また、サービスの質からみても、財政から多大な支援を受けられる公立施設は介護員に高い賃金を支払うことができるため、職員、サービスレベルが比較的安定しており、入居する高齢者は低価格で良質のサービスを受けることができる。入居を申請する高齢者は、生活機能障害程度の評価を受けるだけでよく、家庭の経済状況の審査はない。つまり、公立施設のサービスは中低所得者に限ったものではなく、供給も非常に限られている。徐匯区福利院の状況を見ると、低所得者の比率はむしろ低い。

民間施設は完全に市場メカニズムの環境にある。高齢者とその家庭の経済状況は千差万別であるため、民間施設のサービスの質もまちまちである。前述の民間施設は上海で中の上レベルである。管理者は「最近 2 か所新設された。料金は 4,000 元前後だが、環境はすばらしく、ここよりも上。一人部屋は 40 m²で、供給不足だ」と話している。市の中心部に近い施設はベッド数が非常に逼迫しているのに対し、郊外の入居率は通常低い。その主な要因として、一つは親族の見舞いが不便であること、もう一つは付属施設が不足し、とりわけ医者へのかかりつけが不便なことが挙げられる。

また、料金が中低所得者の受け入れられる範囲を超えていても、さまざまな政府の補助金があったとしても、介護員の待遇は高くなく、流動性が高いことが、この民間施設の実例から見て取れる。つまり、市場メカニズムの環境の中で、一般の民衆は老人介護施設のサービス、とりわけ重度の生活機能障害者に対する介護を購入する力を持ち合わせていない。

高齢者、とりわけ生活機能障害を抱えた高齢者はハイリスク層であるため、その介護リスクが民間施設に与える影響は大きい。某民間老人介護施設の管理者によれば、「不測の事態」が起きなければ、施設の利益率は 5% から 15% であるが、「不測の事態が発生したら、恐らく赤字になる」。こうした状況を受け、上海市は以下 2 つの保険を発表した。

(1) 施設に対する責任保険——高齢者に予想外の事態が生じた場合、施設の責任となるため、この保険を通じて賠償できる。保険料は、市級の財政が3分の1を負担し、区級の財政が3分の1を負担し、施設が残りの3分の1を負担し、すでに定着している。

(2) 現在普及を進めている高齢者個人を対象とした保険「金手杖」——高齢者自身が購入する個人の意外保険で、1年間360元。

五、医療・介護連携の状況

高齢者は、健康のハイリスク層であるが、高齢者の健康サービスに対して、その他複数の健康ニーズに対応しなければならない。高齢者の生理的特徴を踏まえた健康管理、健康教育、慢性病管理、高齢者に関わる疾病の診療、リハビリ、医療介護などである。上海の経験から、我々は高齢者のこうした医療ニーズはいずれも関連性があると考えている。

(一) 健康管理と健康教育

2008年、中国の新しい医療改革の実施以来、政府が資金拠出する「基本的な公衆衛生プロジェクト」が始動した。高齢者を対象とした健康ファイル、健康教育、慢性病管理などを内容とするもので、上海は、衛生、民政の2部門による制約を打破し、衛生部門の基本的公共衛生サービスプロジェクトと地域密着型の健康教育をかみ合わせた。健康チェックに関して、大部分の地域サービスセンターは民政と衛生の2部門からの支援を受け、身体検査センターを設立しており、70歳以上の高齢者は2年に1度、無料で全面的な身体検査を受けることができる。一方、徐匯区はこの福利厚生を受けられる最低年齢を65歳に下げ、身体検査の費用を1人あたり120元から130元に調整した。費用は民政局、衛生局、街道の3者が共同で負担する。

健康教育と健康管理では、末端の医療衛生機関が開設した健康ファイルのほか、上海市は、社会組織を通じて各地で関連施設を開設しており、地域において健康介入活動を展開している。こうした活動の多くはプロジェクトの入札を行い、民政局または街道弁事所がサービスを購入する形をとっている。このほか、高齢者ボランティアの役割を存分に発揮している。例えば、前文で触れた「高齢者パートナープログラム」は研修を受けたボランティアが高年齢の高齢者に健康について語りかけるもので、これも健康介入活動の重要な一環である。さらに、我々が調査した地域においても健康サービスに従事するボランティアを数名見かけた。例えば、楊浦区平涼街道の定年退職した医師は、定期的に毎週半日を使って高齢者の血圧測定を行うほか、高齢者に何か問題があれば、アドバイスや提言を行っている。

(二) 地域密着型医療機関による病院介護と在宅医療

高齢化の深刻化を受け、上海市の地域衛生サービスセンターに入居する患者の70～80%は高齢者で、多くの地域密着型病院は実質的に第二の老人ホームと化してい

る。現在、全市の中心部の各地域密着型医療施設は、いずれも50～70床の介護用ベッドを設置しており、民政部門、衛生部門が共同で支援している。民政部門は初期投資および前述した低所得高齢者のサービス補助金を担当し、衛生部門は医療保険を通じて一部費用の精算を担当している。

規範性文書の定義によれば、「在宅医療」（中国語は「家庭病床」——訳注）とは、「連続的な治療を必要とし、医療介護員による訪問サービスを必要とする患者の家に病床を設置し、指定の医療介護員が定期的に身体検査、治療、介護を行い、特定のカルテにサービス内容を記録する地域密着型衛生サービスの形式」をいう。「在宅医療」が収容・治療する対象は、「診断が明確で、症状が安定的で、家庭内での検査、治療、介護が適切な患者」である。地域密着型医療機関による「病院介護」（中国語は「介護病床」——訳注）と類似し、「在宅医療」の一部費用も医療保険を通じて精算することができる。

上から分かるように、地域密着型医療機関による「病院介護」と「在宅医療」のサービスはいずれも地域密着型医療機関が提供し、その所管部門はいずれも衛生部門である。なお、これら2種類のサービスはいずれも大型病院の入院サービスの負担を軽減でき、「社会的入院^①」を避けることができる。とはいえ、それは医療保険の一部に過ぎず、独立した介護保険ではない。したがって、医療施設から移転してきたリハビリ患者しか、「病院介護」サービスを受けることができない。「病院介護」の重点は「疾病」と「病人」であり、「生活機能障害者」ではない。つまり、生活機能障害のあるすべての高齢者がこの種のサービスを受けられるわけではない。それに関連して、「病院介護」を受けている高齢者も長期的にこのサービスを受け続けることはできず、病状が快復した後は「退院」しなければならない。この点、生活機能障害者に対する「継続的」、「間断なき」介護と本質的な違いがある。

上海市は、高齢者向け医療サービスについて、「十二五」期間の末までに▽全市のすべての街道（鎮）に1か所の地域密着型衛生サービスセンターを開設し、各地の諸々の2級、3級病院に高齢診療科を設置する▽「在宅医療」のベッド数は6万床前後を保持し、必要に応じて「在宅医療」に適した高齢者にサービスを提供する▽高齢者向け医療介護体制づくりに取り組み、施設介護、地域介護、居宅介護で構成される高齢者介護サービス体制を形成し、介護、リハビリ、ターミナルケアなどのサービス項目を設ける——計画を立てている。

六、調査による主な発見

中国は地域が広大で、各地の発展状況が非常にアンバランスな国である。社会政策の制定と実施内容からみて、まず各地がパイロット事業を実施し、中央政府がパ

^①医療サービスを必要とするためではなく、家庭内で長期的な介護が困難であるために高齢者を入院させる現象をいう——訳注

イロット事業の経験を総括したうえで、原則的な政策的枠組みを公布している。一方、地方政府は、自身の実情を踏まえて具体的な実施プランを制定している。公共サービスの資金拠出に関して、中央政府は後進地域に対して用途が明確な移管金を割り当てているとはいえ、資金拠出の主な責任は依然として地方政府が負担している。このような政策によって、社会政策の具体的な設計が省区市間でそれぞれ異なり、とりわけ福祉のレベルに大きな差異を生み出してしまふ。

高齢者政策についていえば、上海は中国で経済成長レベルが最高で、各種の公共サービスが最も発達した都市の一つであると同時に、中国で高齢者の割合が最高の都市でもある。まさにこの特徴が、上海の前述した高齢者向けサービスの状況を決定付けている。全体的にみて、上海の高齢者向けサービスは全国で最も早くから開始され、全国でトップレベルであることは疑う余地がない。上海の高齢者向けサービス体制づくりは 2000 年頃に始まり、「十一五」期間において体制づくりの全体的な枠組みがほぼ明確になった。十数年の発展を経て、高齢者向けサービス体制の考え方は明瞭で、枠組みも万全である。一方、中国の現状を俯瞰すると、現時点で高齢者福祉体制再構築の着手段階にある。つまり、各地が自主的にパイロット事業を行っている段階にあるため、全国規模の政策的枠組みは確立されていない。とりわけ、高齢者向けサービスに係る資金拠出制度が構築されていない。こうした状況は同じように上海の高齢者向けサービスに影響を及ぼす。

前述の背景と特徴を踏まえて、我々が今回の調査で発見した点を以下のとおりまとめると。

(1) サービス内容に関して、高齢者の多様な需要を満たしているが、現段階では供給不足で多くの有効需要が満たされていない。基本的に、老人介護施設は重度の生活機能障害者の介護サービスを提供可能であり、地域密着型居宅介護サービスは軽度・中度の生活障害者の介護サービスを提供可能であり、地域密着型の「介護病床」と「家庭病床」はリハビリサービスを提供可能である。地域密着型医療施設と関連する社会組織は、健康保健サービスを提供可能であり、高級の老人介護施設は高水準の高齢者向けサービスを提供可能である。つまり、上海の高齢者向けサービス体制の枠組みはすでに確立されつつある。とはいえ、これは高齢者向けサービスの需要を多めに満たしているというわけではない。前述したように、高齢者向けサービスの資金拠出に関して、政府の責任は非常に限られ、非常に少数の低所得人口のみを対象としており、資金拠出の水準も高くない。したがって、最終的な結論は、施設介護サービスを受けているのはほとんど中の上の所得者層で、中の下の所得者層は購買力の制約を受け、その生活機能障害者の介護需要が老人介護施設によって満たされていない。また、現時点で政府が支援する地域密着型居宅介護サービスの役割は非常に限られており、わずかな生活介護しか提供できず、専門性の高い介護サービスが提供できていない。全面的介護のレベルなどは言うまでもなく不可能である。したがって、中度と重度の生活機能障害者に対する役割も非常に限られている。

(2) サービス提供に関して、上海市は多様なサービス資源に対して明確な計画と役割を定めている。施設、地域、家庭について明確な位置づけがなされているだけでなく、公立施設と私立施設、専門的な社会組織と地域ボランティアの共創にも配慮している。上海は、地域密着型居宅介護サービスを核心として強調している。中国の他地域において老人介護施設のベッド数増設に力が注がれている最中、上海は地域が支える居宅介護サービスに重点を置いている。一方、施設介護サービスを補充役、支援役として、施設の専門性とその他のサービスへの広がり強調している。条件に適した民間介護施設について、上海市は「民設公助」の形でその発展を支援している。上海市は、入居札の方式を通じて各種の専門的な社会組織による多様化された高齢者向けサービスの提供を支援している。「上海高齢者事業十二五計画」は、各種チャネルを通じて低年齢の高齢者の力を積極的に引き出すことを強調している。中国の経済の中心、海外との窓口である上海自体、さまざまな人材が集い、考え方が先進的な地域であるうえ、前述の支持政策により、上海の各種の高齢者関連組織、施設の発達の度合いはいずれも中国の他地域を遥かに超えている。とはいえ、その「発達」は本当の意味での「先進国」と同一視することはできない。公立施設と私立施設の間には大きな差異が存在し、社会組織、私立施設に対する支援についてもさらなる制度化が待たれる。

(3) 上海の高齢者介護サービス管理体制のレベルと専門性はいずれも高い。高齢者向けサービスの全体的な管理において、上海市は特に計画、標準、制度の建設を強調している。管理組織の建設においては、前述したように、上海市は具体的な管理活動を担当する市、区、街道の3級の地域密着型高齢者介護サービス指導センターを設けている。基本的に施設設置、サービス施設、組織の入居札、プロセス管理から最終評価にいたるまで、上海市はいずれも万全な標準と規範があり、管理に関してこうした標準と規範に厳格に則っている。また、「十一五」期間から現在にかけて、上海は、評価システム、居宅介護サービスの日常管理システム、老人介護施設の設定審査のシステム、施設の日常管理のシステムの4つのシステムを含めて高齢者向けサービスの情報システム構築に着手している。

以上をまとめると、上海の高齢者向けサービス体制の現状からみて、サービスの内容、提供、管理を含めた全体的なサービスの枠組みがすでに確立されつつあり、不断に改善されている。各種の施設、組織もそれに参画し、多元的なサービスの構図が形成されている。そのため、上海の高齢者向けサービス体制は比較的安定した所期目標を礎として、将来大きく伸びる可能性を秘めている。

とはいえ、現在、この体制の発展を制約する最大の障害は、長期介護のための資金拠出である。政府の資金拠出の責任が拡大せず、中低所得層の有効な介護需要が満たされなければ、長期介護の市場はますます非常に狭いものとなり、介護職員の収入が不足し、流動性が高まり、多くのサービスも制度化が進まない結果を招いてしまう。

附属書：上海市高齢者事業発展「十二五」計画の主要指標

類別	項目	2015 年末までに達すべき指標
高齢者向け医療保障	都市部労働者の平均養老金の増加幅 (%)	≥50
	都市部住民の医療保険による入院精算の比率 (%)	70
	新型農村社会養老保険制度のカバー率 (%)	100
医療健康サービス	街道・鎮地域衛生サービスセンターのカバー率 (%)	100
	高齢者医療介護用ベッド総数 (万床)	2.6
	家庭病床の総数 (万床)	6
高齢者介護サービス	区・県の老人介護施設建設のカバー率 (%)	100
	街道・鎮の公的老人介護施設のカバー率 (%)	100
	街道・鎮の公的老人介護施設のベッド数が地域の高齢者人口に占める比率 (%)	≥1.5
	高齢者向けベッド総数 (万床)	12.5
	地域密着型高齢者向けデイサービス施設の総数 (か所)	≥400
	地域密着型高齢者向けに食事提供を行う場所施設の総数 (か所)	≥600
	地域密着型居宅介護サービス対象者数 (万人)	30
	職業化、専門化された高齢者サービス従事者数 (万人)	10
精神的文化的生活	パイロット的な高齢者社会教育拠点 (か所)	100
	居民委員会および村民委員会の高齢者標準化学習施設 (か所)	3,000
	高齢者学習団体 (個)	10,000
	居民委員会および村民委員会の地域高齢者活動室のカバー率 (%)	100
	地域のフィットネス器具の完全率 (%)	≥95
	高齢者向けテレビ番組、高齢者向けラジオ番組 (個)	各 1
	高齢者ボランティアの登録人数 (万人)	≥25
高齢者の権利保護	街道・鎮高齢者法律サービス施設カバー率 (%)	≥90
	高齢者による書簡・訪問・電話による調停率 (%)	≥98

青島市介護サービス調査報告

史雲桐

2012年7月、青島市は全国に先がけ長期医療看護保険制度を設立し実施した。2014年初め、この制度は実施して1年余りとなった。では、この制度はどのような背景の下に誕生したのか、制度の枠組みと主な方法はどうか、実施の効果と直面している問題は何か。青島市の在宅をベースに、地域社会を拠点とし、施設を支えとする社会介護サービス体系整備の状況はどのようになっているのか。こうした一連の問題意識を抱え、中国社会科学院社会学研究所の研究チームは、日本の独立行政法人国際協力機構（JICA）から委託を受け、2014年初めに青島市介護サービス発展の全体状況について調査を行い、ここに調査した内容を紹介する。

表1 青島の主要調査地点

調査地点	キーワード
青島市民政局	行政部門、青島市介護サービスの全体状況
青島市人力資源・社会保障局医療保険社区処	行政部門、長期医療看護保険制度
青島福彩介護院	公営、独立採算制事業組織
青島市李滄区社会福祉院	公営、文化的な介護
青島福彩四方高齢者マンション	公設民営
萊西市社会福祉センター	公営、社会援助
市北区福寿星愛心看護院	民営
青島夕陽紅高齢者マンション	民営
聖徳高齢者看護院（聖徳脳血管病医院）	民営、二級専門病院、青島最大の「医療と介護の結合」型高齢者看護施設
市北区康楽（広昌）高齢者愛心看護院	民営、ターミナルケア
青島市12349期頤在宅介護サービスセンター	民営、自立生活能力喪失、中度・重度認知症高齢者の看護
李滄区永清路街道永清苑社区記憶看護デイケアセンター	公設民営、在宅介護、デイサービス、軽度認知症高齢者の介護
市南区八大峡台西一路社区デイケアセンター	在宅介護、公営老人介護施設が運営を担当
市北区敦化路街道伊春路社区	在宅介護
新華錦（青島）長樂頤養サービス有限公司	中外合弁高級老人介護施設

一、青島市介護サービスの全体状況

(一) 高齢者人口の基礎データ

青島市は1987年に高齢化社会に入り、これは山東省より7年、全国より12年早い。青島市の人口の高齢化は急速に進行している。1982～2002年の青島市総人口の年平均増加率は0.77%、同期の高齢者人口の年平均増加率は3.16%だった。1995～2035年の青島市の人口発展予測によると、青島市の総人口は年平均0.23%のペースで増加するが、高齢者人口の年間平均増加率は4.12%とみられる。現在、青島市に戸籍がある総人口は769万5,600人で、60歳以上の高齢者人口は138万7,800人と、市の総人口の18%を占め、全国平均の3.7%より高い。2015年末には、青島市の高齢者人口は160万人に達し、総人口に占める比率は20%に達すると予測される。このほか、青島市の高齢者人口の高齢化傾向も比較的著しいものである。統計によると、2007年末、青島市の80歳以上高齢者人口は17万6,000人で、同市総人口の2.3%を占めた。2010年末には、青島市の80歳以上高齢者人口は20万4,000人、同市総人口の2.7%を占めた。現在、青島市の80歳以上の高齢者人口は24万人で、総人口の3.1%を占める(図2参照)。2050年には、この比率は10.39%に達する見通しである。さらに、青島市には生活自立のできない市民が約25万人おり、このうち全く生活自立ができない市民は約8万人である。

(単位：万人、%)

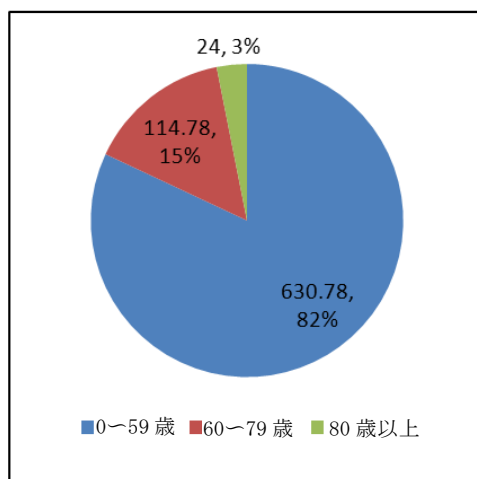


図1 2013年青島市年齢別人口比率

(二) 介護サービスの全体状況

現在、青島市には老人介護施設が計252施設、ベッド数は3万6,000床あり、高齢者1,000人当たりのベッド数は26床である。このうち、民間投資により設立した老人介護施設は139施設(同市老人介護施設総数の55%を占める)、ベッド数は2万500床(同市ベッド総数の57%を占める)である。

全市に設立したデイケアセンターは451施設^①あり、1万8,000人の高齢者が地域密着型デイケアセンターを利用している。このうち、78の地域密着型デイケアセンターには障害者支援と給食のサービス機能もあり、昼食サービスを受けている高齢者は3,000人余りいる。

全市にある地域の介護互助地点は2,110か所、活動に参加している高齢者は1万人を超える。

青島市は全国で最も早く社会組織登録制を設立した都市で、早くも2002年に、地域において機能を発揮しているが登録条件を満たしていない「草の根」社会組織に対する登録管理を実施した。青島市には登録を行った各種社会組織が全部で1万1,000余りある。

青島市介護サービスの大枠は図2の通り。図中の用語については、後で詳しく紹介する。

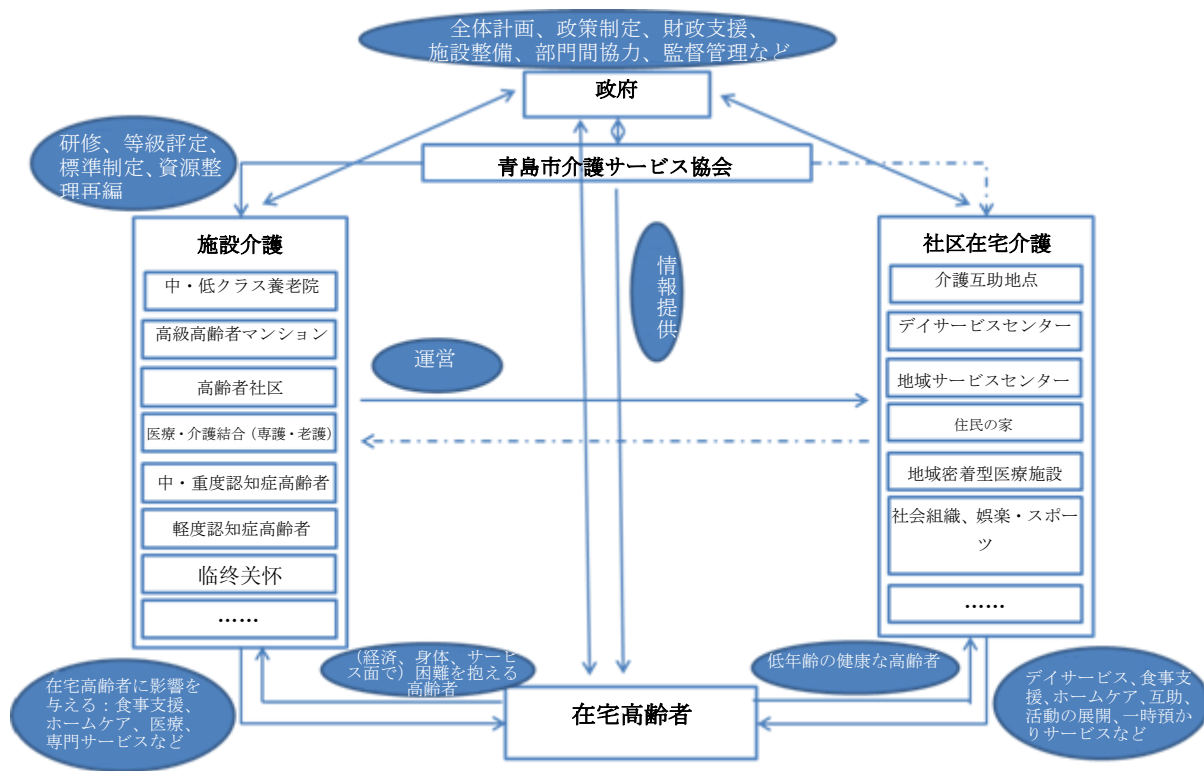


図2 青島市介護サービスの大枠

二、介護サービス関連政策

この数年、青島市共産党委員会、市政府は介護サービス業の発展を十分に重視し、

^①青島市には現在86の都市居住区である街道、43の鎮、568の都市部地域、629の「農村から都市に転換した」地域、5,445の行政村がある。

介護サービス業の発展を全市国民経済発展及び社会発展計画に取り入れた。2012年、青島市第11回共産党代表大会では「高齢者養生」の目標が提出された。2012年末、青島市政府は「關於進一步加快養老服務業發展的意見（介護サービス業発展のさらなる加速に関する意見）」を公布し、「第12次5か年計画」期の介護サービス業発展の具体的な目標、任務に対する要件及び具体的な措置を明確化した。「第12次5か年計画」以来、市、区（市）の財政から毎年2億1,000万元を投入し、介護サービス業を発展させている。「9064」の介護サービス構造に基づき、青島市はすでに在宅をベースとし、地域を拠点とし、施設を支えとする社会介護サービス体系をほぼ構築し、施設介護のサポート機能が際立っている。

介護サービスの政策支援を見ると、青島市は公営、民営の補助基準を統一し、都市部と農村部の介護サービスの均一化を重視した。施設介護の面での具体措置は次の通り。①老人介護施設の新設に対して、1床につき1万2,000元を補助し、老人介護施設の改築に対しては、1床につき6,000元を補助する。②非営利優遇型老人介護施設が本市戸籍を持つ高齢者を受け入れる場合、当該老人介護施設に1人当たり毎月200元（セルフケアが可能な高齢者）～300元（生活自立のできない高齢者）の運営補助を交付するとともに、老人介護施設には補助の50%以上を介護スタッフの待遇向上に使用するように求める。これにより、行政部門の資金投入の方向性が明確になった。1つは非営利優遇型老人介護施設の整備と、生活自立のできない高齢者の受け入れを奨励することで、もう1つは老人介護施設の介護員のサービスの質を高めることである。③政府調達の方法で、入居している高齢者のために傷害保険（150元/人・年）に加入する老人介護施設には、毎年1人につき120元の補助を給付し、これにより施設介護の双方のリスク回避能力を大幅に高めた。在宅介護の面では次の通り。①地域の高齢者デイケアセンターに対し、毎年5～10万元の運営補助を交付する。②高齢者の家に設立された「地域の介護互助地点」に対し、毎月100元の運営補助を交付し、伝統的な近隣同士が助け合う顔なじみの社会文化を利用して、在宅介護サービスを展開する。③政府が出資して5,887人の「三無（収入がない、労働能力がない、法定扶養者がいない——訳注）」高齢者、生活保護を受けている、生活保護ぎりぎりの家計が苦しい高齢者のために在宅介護サービスを購入し、生活苦の高齢者の自立度によって毎月45～60時間の訪問サービスを提供し、都市部では1時間につき15元、農村部では同10元の補助を給付する。④在宅介護サービス組織の発展を奨励し、生活自立のできない高齢者にサービスを提供する在宅介護サービス組織には、毎年1～7万元の補助を交付し、同時に地域の公益型高齢者向けサービス社会組織を育てることに注力する。

介護サービスのインフラ整備を見ると、青島市政府の「1,000万㎡社会事業公共施設整備プロジェクト」のうち、新規老人介護施設の面積は100万㎡で、半分は民間投入によるものである。このほか、「1,000万㎡社会事業整備プロジェクト」では地

域密着型デイケアセンター10万㎡の整備も決まっている。

介護サービスの標準化、規格化を見ると、青島市は『養老機構建設服務和管理標準規定（老人介護施設の整備・サービス・管理標準規定）』、『養老機構等級管理弁法（老人介護施設格付け管理規則）』、『示範性社区老年人日間照料中心建設和管理標準（モデル地域密着型高齢者デイケアセンターの整備・管理基準）』などの公文書を公布した。さらに、老人介護施設、地域密着型デイケアセンター、地域密着型介護互助地点、在宅介護サービス管理業務の標準化に関する公文書を公布した^①。現在、青島市では20か所の老人介護施設がISO9001国際品質マネジメントシステム認証を受けている。このほか、青島市は2013年に「老人介護施設格付け活動」を展開した。格付けの結果は今のところ老人介護施設への政府補助標準に反映していないが、市民はいろいろなルートで結果を調べられるようになっており、市民が老人介護施設を選ぶ際の参考と依拠となっている。

高齢者介護サービスの保障政策を見ると、青島市は都市部の「三無」高齢者と農村の「五保（農村地域の孤独者のことをいう。うちわけ、(1)扶養義務の子供をもたない人、あるいはそのような能力をもたない人、(2)労働能力を持たない人、(3)生活の保障のない人（国務院『農村五保戸扶養工作条例』1994年1月23日より）——訳注）」高齢者が社会福祉施設への入居を望まない場合、政府が出資して在宅介護サービスを購入し、社会福祉施設への入居を望む場合は、政府が80%補助する。後期高齢者に対しては、市レベルの福祉宝くじ公益金から3,600万元余りを拠出し、80歳以上の高齢者に1人当たり毎年150元の検診補助を支給するとともに、100歳以上の高齢者には1人当たり毎年3,600元の長寿手当を支給している。

三、長期医療看護保険制度

2012年7月より、青島市は全国で率先して「医療、ケア、リハビリ、介護」を結合させた「長期医療看護保険制度」を設立するとともに実施した。現在、青島市ではすでに2万人余りの生活自立のできない市民が長期医療看護保険を受け、保険基金から2億元が支出された。青島市の長期医療看護保険制度の設立と実施は「2012年全国十大高齢者ニュース」に選ばれた。

（一）制度誕生の背景

第一に、青島市の人口の高齢化は急速に進み、高齢化の傾向は深刻で、伝統的な家庭での介護に頼るだけでは青島市約25万人の生活自立のできない者の介護ニーズを緩和することは難しい。第二に、老年病の内容が変化している。近年、高血圧、糖尿病、心臓・脳血管疾患、悪性腫瘍など非感染性疾患はすでに健康を害する主要

^① 社区の在宅介護サービスの地方標準を見ると、2010年初めに上海市質量技術監督局と上海市民政局が共同で『社区居家養老服務規範（社区在宅介護サービス規範）』の地方標準を公布した。

疾患となり、慢性疾患のために介護が必要となる高齢者が徐々に増え、便利でスピーディー、継続性があり、経済的な医療看護サービスが必要とされる。第三に、基本医療保険は主に保険加入者の入院治療費を保障するもので、長期間介護を必要とする者が医療保険による医療看護サービスを受けようとする、入院治療しか受けられず、往々にして別にヘルパーを雇わねばならず、「病院ラッシュ」が顕著となり、高齢者の家族の経済的及び付き添い看護の負担は大きい。

(二) 制度枠組みと主な方法

青島市の長期医療看護保険制度は同市の都市部従業員及び都市部住民基本医療保険の全ての加入者をカバーしている。保険加入者は高齢、疾病、障害などにより身体のある機能を全てまたは一部を失い、セルフケアができず、医療看護施設に入所して、または在宅で長期医療を受ける必要があり、関連の医療看護費用は介護保険基金から支出される。これは日本の65歳から受給が始まる「介護保険」の待遇とは少し異なる。

資金調達ルートを見ると、青島市の長期医療看護保険は主に基本医療保険の統一計画資金と個人口座から調達され、年間の資金調達規模は約2億8,000万元あり、事業主と個人が別に納付することはない。都市部従業員と都市部住民の待遇標準は統一されているが、都市部住民の資金調達規模は比較的少ないため、福祉宝くじ基金から毎年2,000万元が投入され、都市部住民の長期医療看護保険費の正常な支出の保証に寄与している。

長期医療看護保険制度の実施に合わせ、青島市は10の二級・三級病院（「専護（医療専門機関での看護・介護の略——訳注）」という）、33の医療資格を持つ老人介護施設（「老護（介護施設を意味する養老院での介護の略——訳注）」という）、283の医療保険指定地域密着型医療機関（「家護（自宅のある地域での介護の略——訳注）」という）に対し長期医療看護保険業務を承認した。現在、長期医療看護保険基金を受けている入院・入所者は1万6,000人おり、このうち「専護」が500人余り、「老護」が2,000人余りで、その他は「家護」となっており、平均年齢は78歳、95%以上は高齢者で、98%以上は民営施設が提供する長期医療看護サービスを受けている。

決済比率、決済方式及び決済基準を見ると、長期医療看護保険には免責額の設定がなく、「老護」と「家護」の医療看護費は、介護保険基金が96%を精算し、「専護」の医療看護費については90%を精算する。精算には上限はないが、基本医療保険の3つの目録にあるものでなければならない。介護保険は入院期間の費用の「定額を精算し、残金は保留し、超過分は補助しない」との精算方法に基づく。現在、「専護」は1床につき1日170元（二級病院）、同200元（三級病院）の基準、「老護」と「家護」は1床につき1日60元の基準に従って精算している。

(三) 主な効果

まず、青島市長期医療看護保険制度の実施は、「入院するのが難しく、治療費が高い」という状況にある程度緩和し、入院患者を分散させ、より多くの高齢者が老人介護施設または在宅で医療看護サービスを受けられるようにした。次に、医療保険基金の使用効率が上がり、高齢化がもたらす巨大な医療保険の支出負担を軽減した。「家護」基準に基づき、1人当たりの入院費用を1日60円で計算すると、1年間に引き受ける費用は約2万2,000元だが、この基準は1か月の入院費用にも満たない。このため、長期医療看護保険制度によって、より多くの中・低所得者がより専門的な医療看護サービスを受けられるようにした。3番目に、長期医療看護保険制度の実施は、医療看護サービスの供給者に安定し信頼できる資金源を獲得させ、民間投資による高齢者看護施設設立への意欲を引き出し、青島市の「医療・介護結合」型高齢者介護施設の絶対数を増やしてサービスの質を高めることを促し、同時に各種施設のモデルチェンジによる発展も促した。例えば、経営状態の良くないいくつかの一級病院は、地域密着型医療施設に転換し、「家護」ベッドを設ける方式によって、徐々に苦境を脱した。松山医院（二級病院）は7軒の地域密着型医療施設を設立し、長期医療看護サービスを提供している。一部の単一の高齢者看護施設は、次々と医療条件の改善、専門スタッフの導入、関連施設の購入、増床、医療資格の申請を行い、「老護」サービスを展開するようになった。既存の地域密着型医療施設は、次々と地域に深く入り、居民委員会（町内会）の紹介または直接訪問して宣伝と説明を行うなどして、地域の中から長期医療看護保険を受けることのできる高齢者^①を積極的に発掘したが、「家護」の質は依然としてまちまちで、公立の地域密着型医療施設（収入と支出の別管理）のサービスへの積極性は民営の地域密着型医療施設に遠く及ばない。4番目に、長期医療看護保険制度の実施は、患者を従来 of 診察を受ける方式を改めるよう誘導するのに役立ち、「軽い病気は地域で、重い病気は病院で、リハビリと介護は地域に戻って」という全体構成の形成を促した。

(四) 直面している問題

青島市長期医療看護保健制度は実施して1年余りで著しい効果を挙げたが、依然として一連の困難に直面している。資金調達ルートを見ると、現在の青島市長期医療看護保健制度の資金調達は、依然として基本医療保険に依存し、独立した資金源に乏しい。現在は青島市医療保険基金には余剰があるものの、持続性と安定性を確保しなければならない上、国内各地の医療保険基金の運営状況にはかなり大きな差があるために、青島市のモデルを全国範囲に普及させることは難しく、国家レベルでの制度設計を考慮しなければならない。保健対象者を見ると、現在、青島市長期医療看護保健制度が保障しているのは青島市都市部従業員基本医療保険及び都市部

^①今のところ、60元/床・日の「家護」引受費用にはやや余剰がある。

住民基本医療保険の加入者全員（約 370 万人）で、新型農村合作医療の加入者全員（430 万人）はまだ対象ではなく、次には都市と農村の統括の問題に直面するだろう。保障項目を見ると、現在はなお「医療看護」が中心で、「生活介護」（ないし認知症だが生活能力は失っていない人の介護など）は含まれず、従って、保障項目と範囲をさらに拡大する必要がある。看護師を見ると、青島市人力資源・社会保障局は、長期医療看護保険制度の実施に合わせ、専門の介護研修学校を設立し、昨年は 1 年間に 1,700 人余り、主に 40～50 代の就職難グループに研修を実施し、各介護施設に送り込み、現在もなお在職中の者は約 80%を占め、国内の他の地方に比べるとまとまった規模の介護員が育成されたが、全体としては、介護員の数、待遇、地位、サービス能力、サービスの質、サービスの標準化と専門化の程度などをさらに強化する必要がある。処理力を見ると、現在、青島市の長期医療看護保険は主に青島市人力資源・社会保障局医療保険社区処の 6 人の職員が認定（要介護者・半分程度介護を必要とする者の認定基準は付属資料 1 を参照）を、各区が決済と監督を担当し、毎業務日に社区処職員は看護保険案件約 60 件を審査しなければならないが、このうち約 80%は現場での査定が必要なため、処理力は不足し、第三者による処理・管理の導入が望まれる。長期医療看護保険対象の審査認定を見ると、今のところ、日本の「介護保険制度」のように要介護の程度を細かく分けることはまだできておらず、これに対応する、介護サービス基準と補助基準もまだ等級分けができていない。要するに、青島市は国内で率先して長期医療看護保険制度を制定の上、実行し、高齢者グループの医療看護需要を大いに満たしたけれども、同制度は資金源や保障対象であろうが、サービス内容であろうが、「医療」と切り離すことはできず、これも限界性につながっている。

四、施設介護の基本状況

青島市は施設介護のインフラ整備とスタッフ育成をかなり重視している。2011 年末の同市の老人介護施設は 127 か所、ベッド数は 2 万 7,000 床で、高齢者の 2.1%を占めた。現在、全市の老人介護施設は 252 か所、ベッド数は 3 万 6,000 床で、高齢者の 2.6%をカバーしている。このほか、2012 年に青島市長期医療看護保険制度を実施して以来、青島市の「医療・介護結合」型老人介護施設は急成長した。つまり、施設介護が青島市の介護サービス体系全体をサポートする作用はますます顕著である。次にいくつかの具体例を紹介する。

（一）公営老人介護施設

「青島福彩養老院（青島福祉宝くじ介護院）」は青島市初の 5 つ星クラス老人介護施設の一つであり、同市民政局直属の独立採算制事業単位（企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとられない機構のこと——訳

注)である。内部組織として4つの科(事務室、総務科、介護科、財務科)と3軒のマンション(表4参照)がある。生活の世話、リハビリ・介護(「老護」)、メンタルケア、レクリエーションなどのサービスを提供できる。「福祉宝くじの介護で、幸せな家庭」とのサービスブランドは省民政庁、民政部から「優良サービスブランド」と命名された。2013年に、養老院は「福祉宝くじの介護で、幸せな家庭」の介護サービスブランドを商標登録した。養老院はすでにISO国際標準化機構から認証を受けた。養老院の食費は600元/月、介助費用は100元/月と200元/月、介護費用は600元/月、800元/月、1,000元/月と異なる。

表2 青島福祉宝くじ介護院の3軒のマンション

名称	開業時期	建築面積	ベッド数	セルフケアが可能な高齢者	生活自立のできない高齢者	ベッド代	備考	運営状況
隆徳路 高齢者マンション	2007年7月	15,000 m ²	389床	210人	179人	900～2,000元	政府が8,000万元の福祉宝くじ公益金を投じて整備	運営中
鎮江路 高齢者マンション	2002年7月	3,000 m ²	156床	76人	80人	600-1,400元		運営中
南九水路 高齢者マンション	2005年12月	5,000 m ²	215床	2012年に政府の「市が実施した事業」10項目の一つに選ばれ、現在は改築中				改築中

現在運営している2軒の高齢者マンションの入居率は100%に達し、自活できる高齢者285人(約52.3%)、生活自立のできない高齢者260人(約47.7%)を受け入れている。「青島福祉宝くじ介護院」の責任者(区共産党委員会が福祉宝くじセンターから任命して派遣)の考えでは、公営老人介護施設は社会責任と公益性を第一義とし、今後は生活保護を受けている高齢者、「三無」高齢者、生活自立のできない又は知的障害がある後期高齢者向けに発展させねばならず、一部の公営老人介護施設のように、経済能力がある或いはコネのある高齢者の入居を優先させるべきではない。「公営老人介護施設のような希少な公共資源をより適切に配置しなければならない」というのも、同責任者が計画した「青島福祉宝くじ介護院」の今後数年の転換の方向性である。こうした観点は青島の公営老人介護施設の中ではすでに共通の認識となっている。

「青島福祉宝くじ介護院」施設全体のスタッフは248人である。具体的な構成は下図(図3)の通り。

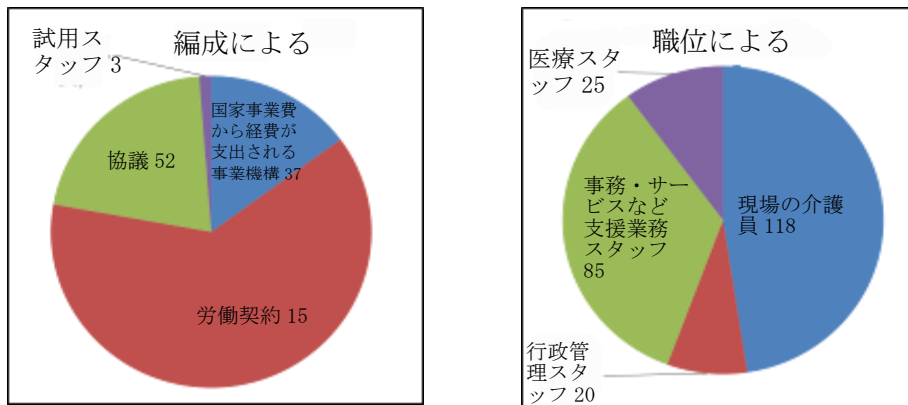


図 3 青島福祉宝くじ介護院全スタッフの構成 (単位：人)

「青島福祉宝くじ介護院」の施設は非常に整っている。高齢者医務室、リハビリ室、採血室、卓球室、多機能ホール（複数）から、仏教、キリスト教、イスラム教の各教徒の活動室、図書閲覧コーナー、手作業による知育コーナー、ピアノ、フィットネス器具など全て揃っている。入居している高齢者の文化生活の質を高めるために、養老院では新たに 200 m²の余暇活動用サンルーム（付属資料 2 参照）を整備し、高齢者のためにいろいろなグループ活動を実施している（付属資料 3 参照）。

立地について言うと、鎮江路高齢者マンションは同市北区、隆徳路高齢者マンションは同市南区にあり、2 軒のマンションは立地が非常に良く、一部の部屋からは海が見える。青島市の規定によると、5 つ星クラス老人介護施設は周辺地域への輻射とサービスの影響力がなければならない。鎮江路高齢者マンションは元は地域周辺に建てられ、同マンションの外来診療は全科を周辺地域の住民に開放し、多くの周辺地域の住民が受診に訪れる。南九水路高齢者マンションは完工後、周辺の地域密着型高齢者デイケアセンターに効果を波及すると見られ、その時には地域の高齢者は高齢者マンションのデイサービス、出前、介護などの専門サービスを受けられるほか、さらに同マンションのサービス施設なども利用できる。

「青島福祉宝くじ介護院」は青島市長期医療看護保険制度の指定サービス組織の一つである。「医療・介護結合」サービス水準を高めるため、養老院は 180 m²の医療リハビリ区を改築し、20 万元のリハビリ専門機材を購入し、地域外来を 20 m²拡張し、現在、長期医療看護保険を受けている入居者は 116 人（生活自立のできない高齢者総数の 44.6%を占める）いる。

全体として、青島市の市級公営老人介護施設として、青島福祉宝くじ介護院の設備はハード、ソフトともに非常に整い、同介護院は生活自立のできない高齢者及び中低所得の高齢者グループの入居受け入れを比較的重視している。同時に、介護院は社会資源を吸収する上でも相対的に便利である。例えば、多くの企業、学校などが介護院をボランティアサービス拠点とし、祝祭日前には慰問、出し物の上演、または入所している高齢者の理髪の手伝いなどを行う。「青島福祉宝くじ介護院」の責

任者も国内の一部公営老人介護施設が現在直面している問題を指摘しており、例えば、投入が高い一方で効率が低く、受け入れた高齢者は必ずしも公営老人介護施設が受け入れるべく優先入所の対象者ではない。一部の公営老人介護施設は整備過程で一早い完成をあまりにも重視し、ニーズ調査、用地選定、規模、機能、位置づけ、関連設備などの面で綿密な計画を立てられず、後期運営に難しい課題を残している。一部の公営老人介護施設は規模がかなり大きく（800床、ひいては1,000床以上も）、管理コストが比較的高く、大規模老人介護施設の運営は往々にして一連の制度に頼ることで保障しなければならず、施設のヒューマン化の度合いに多かれ少なかれ影響するのは避けられない。公営老人介護施設の管理スタッフの多くは上級組織から派遣されているため、定期的に交代し、管理スタッフはまず任期中に着実に業務をこなす事故を起こさないよう保証しなければならず、施設運営の発展など多くの面で規定通りに、手順に従って処理し、一部の事項は上部に報告しなければならず、審査認可の手続きもかなり繁雑である。

（二）民営老人介護施設

「福寿星養老機構（福寿星老人介護施設）」は2006年5月に設立した、医療と介護が結合した民営老人介護施設で、「青島市看護型老人介護施設ベストテン」、「市北区貧困高齢者優遇救済指定入居施設」、「市北区障害者委託介護サービス施設」に選定されたことがある。嫩江路、延安三路、伊春路に3軒の分院がある。主に半分程度は生活自立ができる、及び生活自立ができない高齢者を受け入れている。プロジェクトチームが今回調査した「福寿星愛心護理院（福寿星愛心介護院）」は延安三路にある分院で、青島市初の3つ星クラス老人介護施設の一つであり、北区旧市街地にあり、立地は比較的良いが、内外の環境からハード面、ソフト面まで、公営老人介護施設より劣る。

延安三路院はベッド数が200床あり、介護員が38人、調理スタッフが7人、管理者が1人いる。介護員の年齢は基本的に40～55歳で、1、2名が40歳未満である。1人の介護員が6～10人の高齢者を担当し、2人の介護員でチームを組む。介護標準はセルフケア、半介護、全介護、特別介護に分かれる。介護員は全員が就業許可証を持つが、初級介護員が多く、80%を占め、中級介護員は10～20%である。介護員の安定性を維持するために、院長と介護員は日常的に家族のように接しているほか、介護院も不定期だがスタッフの福利を図っており、例えば、勤務して満5年になると、他の省市への旅行を、満10年になると海外旅行を手配している。

十分な用地と専門の医療スタッフが足りないため、福寿星愛心介護院は青島市長期医療看護保険の指定機関ではあるものの、もともと医療資格はなく、医療サービスは地域密着型の医療衛生機関が提供している。現在、青島市自体に医療資格のある老人介護施設は非常に限られている。

料金標準を見ると、「福寿星愛心介護院」のベッド代と介護費は平均1,500元/月で、このうち介護費は300～600元、食費は600元/月、総費用は1,900～2,600元と

なっている。公営老人介護施設に比べ、優位性は必ずしも顕著ではない。だが、実際の費用徴収では、かなりの融通性がある。「高齢者は実際に収入がないか、給与が低く、不足額が100元や200元のために入所させないわけにいかない……仕事があるということが比較的重要で、薄利多売で……現在の収入は主に従業員の給与と家賃に充てている^①」。行政部門は「福寿星」に入所している生活自立のできない高齢者に対する補助標準を200～300元/月、委託療養の障害者に対する補助標準を1,300元/月（600元の食費は障害者自身が支払う）とした。

「福寿星介護」は創業から正常な運営まで比較的長い発展経過があり、これも民営老人介護施設が普遍的に経験していることである。紹介によると、初めの3年間は「福寿星」は赤字経営で、4、5年で収支バランスがとれ、6年目から徐々にわずかながら黒字経営となった。広告に投入するような余分な資金がないため、「福寿星」ブランドの創設は主に一般の人達の口コミに頼っている。設立8年で、「福寿星」は青島で次第に知名度を上げてきているものの、新しい分院を開業する度に、「『福祉宝くじ』ブランド（公営）のようにすぐに満床にする」ことは難しく、従業員の給与と家賃の面では依然として一時しのぎの手段を取らなければならない。3軒の分院の目下の入所状況を見ると、嫩江路院は180床（入所率はおよそ80%以上）、延安三路院は200床（満床）、伊春路院は228床（開業1年で、入所率はおよそ25%）となっている。

統計によると、2012年は、青島市の平均年金が月2,268元、社会平均給与が3,117元だった。普通の老人介護施設の料金標準が2,000～4,000元であることからすると、多くの高齢者にとって老人介護施設に入所する経済負担は依然としてかなり重い。高齢者の比較的低い購買力に直面し、多くの老人介護施設は、投資が多く、回収期間が長く、利潤が少ない状況から抜け出すのは容易ではない。建物を賃借している老人介護施設を例にとると、入所率80%以上でうまく運営できるが、青島市の老人介護施設の33.6%を占めるに過ぎず、入所率70～80%の老人介護施設は微々たる利益で運営を維持し、同市老人介護施設に占める割合は9.5%で、入所率50～70%の老人介護施設は収支が均衡した状態で、24%を占め、入所率50%以下の老人介護施設はほぼ赤字に陥り、32.9%を占める。この面では公営の老人介護施設と民営とでは往々にして比較的大きな差がある。公営老人介護施設は政府投入がかなり多く、ハード施設が良く、スタッフの配置に優れ、料金が相対的に低いと同時に、政府の社会的信頼性とブランドの強み（例えば、「福祉宝くじ」ブランド）を備えているために、ややもすると入所率は比較的早く上昇し、しばしばベッド1つもないという状況になる。民営老人介護施設は往々にして長い時間をかけて「口コミ営業」をしなければならず、そうしなければ自己のブランドを打ち立てられない。

人手と精力が足りないために、「福寿星」は周辺の地域にまで効果を波及するような専門サービスをまだ展開していない。

^①延安三路分院の賃料は60万元/年で、民営介護施設はこの面での支出が公営介護施設より遥かに多い。

(三) 病院経営の老人介護施設

青島聖徳脳血管病医院/青島聖徳老年護理院（青島聖徳高齢者看護院）は 2009 年 12 月に設立した。聖徳脳血管病医院は二級専門病院で、聖徳高齢者看護院は自分で身の回りの処理ができない高齢者及び重病の高齢者を主なサービス対象とする「医療、ケア、リハビリ、介護」が結合した民営老人介護施設で、青島市初の 4 つ星クラス老人介護施設の一つであり、同市長期医療看護保険指定機関（「専護」）であり、目下のところ同市最大の医療・介護結合型の老人介護施設でもあり、2010 年には「全国介護サービス機関十大サービス模範組織」に選ばれた。

「聖徳」の敷地面積は 12 ムー、拡張後の建築面積は 8,000 m²強、ベッド数は 450 床である。4 つの専護区と 1 つの重病専護区に分かれる。青島市で受け入れている「専護」病人が最も多く、また「重病医療専護病室」を開設し、病院の集中治療室と直接つながっている。開業以来、何回か拡張したものの、ベッドは依然不足している。

表 3 聖徳高齢者看護院の料金標準

病室の種類	介護費		看護費
6 人部屋	1,900～2,200 元 (食費 450 元を含む)	この標準は青島市が規定する長期医療看護の待遇が適用される場合の料金標準で、適用されない場合の総費用は 540 元加算される。	看護のランクによって定める (食事介助 2,000 元、チューブ管理 2,200～2,500 元)
2 人部屋	2,600 元 (食費 450 元を含む)		看護のランクによって定める
複数人 (2～6 人) 部屋	2,300 元 (食費 450 元を含む)		看護のランクによって定める

医療スタッフ、設備、技術及び管理の専門化の程度から言うと、聖徳に特に良い条件が備わっていることは間違いない。聖徳には現在、従業員が 200 人余り、医療スタッフが 170 人余り、このうち高級医療スタッフが 30 人余りおり、また青島医科大学付属医院の専門家を招聘して診療・病棟回診を行っている。看護院の病室は 2 人部屋、6 人部屋、複数人 (2～6 人) 部屋があり、室内にはリモコン操作式ベッドが備え付けられ、料金標準は表 6 を参照されたい。看護院内は全てバリアフリーである。このほか、聖徳には青島市の老人介護施設の中で最大規模のリハビリ医学センターがあり、リハビリ病棟、リハビリ治療科、針・マッサージ科から成る。これらは全て「老護」型老人介護施設よりはるかに優れている。

2013 年、聖徳高齢者看護院は通年で長期医療看護保険を「専護」病人延べ 1,082 人分について清算し、総額は 1,601 万 1,000 元、入院日数は 9 万 4,540 日、1 床の 1 日当たりの費用は 169.36 元 (長期医療看護保険の二級医院「専護」に対する補助標準は 170 元/床・日) で、医院のわずか 1/30～1/6 だった。たやすく分かることだが、青島市長

期医療看護保険制度が実施されて以来、医療看護コストはかなり軽減された。

疑いを差し挟むには及ばず、二級医院をベースに設立された高齢者介護施設として、「聖徳高齢者看護院」は重度の要介護者、特に重病の高齢者の介護では他の追随を許さず、例えば、普通の「老護」施設では気管を切開した高齢者を受け入れるのは容易ではない。「医療、ケア、リハビリ、介護」の4つの領域で、聖徳は医療とリハビリの専門化がより高いが、入所者が相対的に特殊なこともあり、聖徳高齢者看護院は環境から全体の雰囲気まで、さらに医療機構に近いものになっている。

(四) まとめ

総じて、長期医療看護保険制度の実施は、大いに青島市の「医療・介護結合」型老人介護施設の絶対数を増やし、治療と看護の質を高めた。青島市の「医療・介護結合」レベルはすでに国内の大多数の都市を上回っている。だが、この種の施設は現在、普遍的に医療スタッフ不足の問題に直面している。老人介護施設は相対的に言うとも待遇レベルが高くなく、昇進の余地も限られ、向かい合うグループが特殊で、医療スタッフの多くは老人介護施設への就職を望まない。上記で触れた「青島福祉宝くじ介護院」という公営の5つ星クラス老人介護施設も、国家事業費から経費が支出される事業単位として医療スタッフを募集したが、2年続けて応募者がいないことがあった。このほか、国内各地の老人介護施設の院長は就任の条件が比較的低く、資格試験もなく、就任後の研修も少ない。職業化、専門化したマネージャーが不足している。院長の人選はしばしば介護院の経営理念、管理スタイル、サービスモデル及び発展の方向性などを決定づける。介護員について言うと、地位と待遇が低いため、介護員が不足し、流動性も高く、専門性が足りないなどは青島市が現在直面している問題であり、国内各地で普遍的に見られる問題でもある。同じサービススタッフとして、介護員の収入と地位は妊産婦と新生児の面倒を見る者や保育士などに遠く及ばない。「介護員として、水を飲ませ、食事を食べさせ、体位を変えるのを介助する以外に、一部の医学知識、看護知識、心理面の知識、ヒューマンケアの知識、ひいては宗教学に至る知識まで把握しなければならない」。このため、多くの老人介護施設はスタッフの専門化、サービスの多元化、管理の詳細化などの面でかなり大幅なレベルアップの余地がある。

このほか、社会的勢力は青島市全体の介護サービス体系の中で重要な役割を果たしている。例えば、前述したように、青島市には老人介護施設が全部で252か所、3万6,000床あり、このうち民間投資で設立されたものが139か所、2万500床ある。民営老人介護施設の数とベッド数はそれぞれ市街地にある老人介護施設の87%と76%を占める。全市500か所余りの医療保険指定地域密着型医療機関のうち、民営は80%以上を占める。現在、長期医療看護保険基金の支給を受けている入所者1万6,000人のうち、98%以上は民営施設のサービスを受けている。

同時に、青島市の施設介護領域は次のような共通認識を形成している。第一に、公営老人介護施設は少ない公共資源として、経済的に困難（生活保護受給、三無など）、身体面で困難（高齢で要介護・半分程度介護を要する・認知症など）、サービス面で困難（独居、一人っ子に先立たれた親など）な高齢者グループの入所を優先的に保証しなければならない。第二に、公営老人介護施設の民営または企業への転換を図り、公営老人介護施設の運営効率を高めるが、その公益性と社会責任を優先的に保証しなければならない。第三に、老人介護施設の規模は過度に大きくすべきでなく、できるだけ地域に戻らねばならない。地域に根ざす「入れ合い式」小規模老人介護施設は管理の標準化が可能で、独自の優位性を発揮し、施設介護のヒューマン化の含意を高めるのに有利で、施設介護と在宅介護の融合を促し、地域住民が老人介護施設を監督する上でも役立つ。第四に、老人介護施設は高齢者を受動的な介護対象と見なして、あらゆることを代わりにしてはならず、高齢者に「参加型介護」に加わるよう励ますべきで、高齢者の身体機能の衰えを遅らせ、活動的な高齢化を推進する。

五、地域の在宅介護の基本状況

青島市の地域密着型在宅介護サービスは主に「社区老年人日間照料中心（地域密着型高齢者デイケアセンター）」と「社区养老互助点（地域密着型介護互助地点）」の2つを通じて行われている。このほか、政府はさらに「三無」、生活保護受給、生活保護ぎりぎりの家計が苦しい高齢者向けに在宅介護サービスを購入しており、補助基準は前文ですでに紹介した。

（一）地域密着型高齢者デイケアセンター

青島市にはすでに451か所の地域密着型高齢者デイケアセンターが整備された。だが、運営主体は相対的に単一で、大部分は区（村）、街道が整備し運営している。経費と人手、専門スタッフが不足しているため、多くの地域密着型デイケアセンターは機能も比較的単一で、主にレクリエーションなどのサービスを提供し、短期の委託介護、リハビリ・介護などのサービスを提供するのは難しい。統計によると、既存の地域密着型デイケアセンターで、恒常的に活動を展開し、サービスを提供している高齢者数が1日平均40人以上のところは40%しかない。地域密着型デイケアセンターの高齢者向け食堂で食事をとる高齢者は必ずしも多くなく、78か所の当該食堂のうち、毎日受益者が10人未満のところは52か所だった。食事をとる高齢者が少なく、徴収費が低いため、多くの高齢者向け食堂は運営が苦しい。したがって、どのように専門化、職業化した一団の人材を地域密着型高齢者デイケアセンターの運営と管理に誘致するかは、解決が待たれる問題である。もちろん、青島市も積極

的に試行錯誤を重ねている。

青島市市南区台西一路社区にある「市南区示範性社区老年人日間照料中心（市南区モデル地域密着型高齢者デイケアセンター）」は、公営老人介護施設（市南区楽万家老年公寓（市南区楽万家高齢者マンション））が運営管理を担当する地域密着型デイケアセンターである。このデイケアセンターは2012年8月に完成し、床面積は1,000㎡で、50床ある。政府が投資して購入、内装を行い、1階は地域密着型デイケアセンター、2階は市南区楽万家高齢者マンションとなっている。センターは地域密着型デイケアセンター、地域密着型管理サービスセンター、老人介護施設、地域医療外来、地域食堂の5大機能を統合し、周辺地域の高齢者に多様なサービスを提供している。このほか、センターには特色のある図書室、地域映画上映室、心理カウンセリング室、高齢者レクリエーション室、中医マッサージ室、書道・絵画室、ティールーム、医療外来、デイサービス用ベッド、屋外ガーデンなどがあり（付属資料4参照）、用地と施設は完備していると言え、毎日地域の高齢者延べ100人近くに対応している。

「楽万家高齢者マンション」は市南区政府が投資して整備し、市南区民政局が主管する公営4つ星クラスの老人介護施設である。2000年6月に設立し、第1期のベッド数は60床で、2001年5月に満床となった。楽万家高齢者マンションは傘下に金壇路、湛山、八大湖、四川路（即ち、市の「市南区楽万家高齢者マンション」）の4軒の高齢者マンションがあり、現在は計300床、スタッフ90人を数え、入所率は100%である。2009年に、「家族愛ある高齢者ケアの楽万家」は青島市政府によって『青島有名ブランド』に認定された。

「市南区楽万家高齢者マンション」は2011年4月に設立し、100床あり、現在入所している生活自立のできる高齢者は30人、介助が必要な高齢者は40人、介護を要する高齢者は30人で、生活自立の程度により、費用は2,000～3,000元/月となっている。

老人介護施設が地域密着型デイケアセンターの運営を担当することには独自の優位性がある。まず、周辺の地域の高齢者が老人介護施設の専門サービスを受けられることで、例えば日帰り介護、食事、看護などのサービスである。第二に、地域の高齢者と介護施設の高齢者との交流に便利である。この地域密着型デイケアセンターでは現在、毎週4つの地域高齢者グループ（合唱、書、フィットネスダンス、民族楽器演奏）がここで活動し、このうち合唱グループのメンバーは約100人に上る。地域の高齢者グループの活動には、多くの2階の高齢者マンションの住人も参加し、施設高齢者の精神面での介護の問題をうまく解決している。第三に、地域高齢者の参加で高齢者マンションにもたらされる「ナマズ効果（Catfish Effect）（安穏とした組織に刺激的な要素を投入し、組織の活性化を狙うこと——訳注）」により、双方の活力が増す。第四に、高齢者マンションは地域密着型デイケアセンターの正常な

運営のために一種の造血機能を提供し、高齢者マンションの黒字によって地域密着型デイケアセンターの運営と発展をしっかりとサポートし、さらに地域密着型在宅介護が持つ家族愛の強みと施設介護の専門性の強みを同時に発揮し、施設の入所高齢者と在宅高齢者のいずれも裨益できる。

当然、市南区台西一路社区の「モデル地域密着型高齢者デイケアセンター」の成功は行政部門による政策、資金面での多大なサポートと切り離すことができない。一方、こうした老人介護施設による地域密着型デイケアセンターの運営方法は、利点もかなりはつきりしており、高齢者地域密着型デイサービス施設の経営難からの脱却という点で言えば、試行しない手はない。

(二) 地域密着型介護互助地点

青島市は国内で最も早く「地域密着型介護互助地点」を設立した都市である。2006年、四方区は同市で率先して在宅互助介護の新モデル—「地域密着型介護互助地点」を模索し、高齢者層から歓迎された。現在では、「地域密着型介護互助地点」は全市で推進されている。規定によると、青島市内の3階以下にある住宅で、活動面積が15㎡以上あり、活動を半年以上続けることが可能な高齢者世帯は地域密着型介護互助地点として申請ができる。互助地点の近くに住む高齢者は自由意志で、当該住宅を訪ねてお茶を飲みながらおしゃべりをしたり、レクリエーション活動をしたりできる。地域密着型介護互助地点は「政府が支持し、地域が中心となり、社会が参加し、民間が運営する」モデルを採用して活動を繰り広げており、市の財政から各地域密着型介護互助地点に毎月100元の補助が支給され、区民政局が一括して各地域密着型介護互助地点に碁・将棋・カード、書籍・新聞・雑誌などを配備している。青島市にはこうした互助地点が2,110か所あり、「第12次5か年計画」期間の終わりには、4,000か所に増える見込みである。

「地域密着型高齢者デイケアセンター」と「地域密着型介護互助地点」のほかに、青島市はさらに「市民中心（市民センター）」を設立し、市民の文化・スポーツ活動に便宜を図っており、「社区服務管理中心（地域密着型サービス管理センター）」を通じて、地域住民の行政事務手続き支援、地域の公共サービス提供を行うとともに、12349「社区居民之家（地域住民の家）」の試行を推進しているところで、これは市民が12349地域サービスホットラインに電話をかけると、家政、修理などの企業による訪問サービスを受けることができ、住民は「地域住民の家」で水道・電気代の支払い、血圧測定、認知症高齢者の看護コンサルティング、障害者デイサービス、解錠・鍵の交換、野菜の配達、旅行コンサルティング、クリーニングの受け取り・依頼などのサービスも受けられ、地域住民の日常生活に便宜を図るものである。この過程では、地域の社会組織の能力向上が新たな課題となっている。

六、青島市介護サービス協会

青島市養老サービス協会（青島市介護サービス協会）は2012年7月に設立し、120余りの老人介護施設と在宅介護サービス組織から成り、青島市介護サービス業の発展を推し進める上で重要なプラットフォームとしての機能を発揮している。協会はさらに「青島介護サービスネット」を運営し、全面的でスピーディー、かつ正確に同市の介護サービス情報を提供することに努め、行政部門の政策決定、業界内の交流、市民の老人介護施設選択などのためにサービスを提供している。協会は設立以来、主に以下の業務を行った。

業界評価。2013年に、協会は全市で「介護サービス施設格付け（ランク設定）」活動を展開した。第1回ランク設定に参加した41か所の介護サービス施設のうち、5つ星クラスに選考された老人介護施設は2か所、4つ星クラスは7か所、3つ星クラスは9か所、2つ星クラスは5か所だった。老人介護施設の標準化は、誘導し模範を示す上で効果を発揮した。同時に、協会のウェブサイトなどのルートを通じてランク設定結果を公表し、市民が施設を選択するのに便宜を図った。

業界研修。老人介護施設の介護員向けに研修を行うだけでなく、同施設の管理スタッフ向けの研修も数多く実施した。このため、協会は研修活動委員会と専門家委員会を設立し、「青島市養老院長管理フォーラム」、「青島市老人介護施設専門看護セミナー」などを開催した。青島市の施設介護領域には次第に優秀な管理人材が生まれ、高齢者向けサービス業の従事者の職業化、専門化レベルをさらに高め、施設介護による介護サービス体系全体のサポート機能を強化した。

業界規範。2012年12月に、青島市介護サービス協会は『青島市養老サービス機構入住協議書（青島市介護サービス施設入所協議書）』見本を発表し、青島市の各介護サービス施設の入所協議書の標準を統一し、入所する高齢者の実情に照らすよう要求したことで、介護サービス業の規格化、標準化が進んだ。

法律扶助。2012年9月に、協会は北京市の某弁護士事務所と法律顧問の通年契約を締結し、法律サービス委員会を設立した。協会は老人介護施設責任者のための法律研修講座を開催したほか、法律問題の調査研究を行い、紛糾の調停に協力したり、裁判官を招いて現場での交流を図ったりするなどし、介護サービス業発展のために法律面でプラスの環境を整備した。

品評・奨励。2012年に、青島市介護サービス協会は青島市「介護サービススターベストテン」と142人の優秀介護員を選出した。2013年9月に、協会は「青島市第1回介護員技能大会」を開催し、15人が「金メダル介護員」の称号を獲得した。同年10月には、協会は青島市民政局と介護サービス業表彰大会を共催し、23の老人介護施設に星クラスの等級を示した看板を授与し、「介護サービス業優秀院長」11人、「介護サービス業優秀介護員」100人を表彰した。品評と奨励を通じて、介護サービ

ス業の従業者の社会との一体感と自身のアイデンティティを高めた。

資源の整理統合。青島市介護サービス協会は多岐にわたる社会資源を積極的に整理統合し、公益目的の慰問、寄贈、演芸の上演、旅行、運動会などの活動を繰り広げ、さらに専門の介護文化建設委員会を設立した。2013年5月に、協会は青島市慈善総会、青島市家政サービス業協会と合同で介護員募集相談会を開き、計26の雇用主に連絡し、200余りのポストを提供するなど、複数の業界による協力を通じ、介護事業の発展を共に推進している。

宣伝・展示。青島介護サービスネット以外に、青島市介護サービス協会は『青島养老服务（青島介護サービス）』（季刊誌）の発行、「老人介護施設情報宣伝員」研修講座の主催を行い、マスコミの編集主幹にニュース記事執筆の要点を講義してもらい、老人介護施設の情報発信、自己表現、ブランド樹立に役立てている。

このほか、青島市介護サービス協会は積極的に末端の老人介護施設の調査研究に赴き、政策宣伝と業務指導を行い、協会は業界の発展状況を熟知し、業界の要求を積極的に反映させるとともに、行政の政策決定に知的サポートを提供している。総体的に、青島市介護サービス協会は青島市の様々な介護サービス資源でプラットフォームとしての機能、枢軸としての機能を発揮し、同市の介護サービス業全体の発展過程で重要な推進作用を及ぼしている。協会は現在、主に施設介護サービスをめぐって業務を展開しており、今後在宅介護サービスの発展と高齢者グループ向け直接サービスを促進するに当たっては、さらに向上の余地がある。

七、青島市介護サービス状況のまとめ

総じて、青島市の目下の介護サービス体系整備は、経済的に困難を抱える、身体面で困難を抱える、サービス面で困難を抱える高齢者の医療、委託介護、リハビリ、介護などで施設介護の需要を満たすことを重視し、低年齢の高齢者の生活の世話、文化・スポーツレクリエーション、保健と予防、社会参加、帰属と自己実現などで地域密着型在宅介護の需要を満たすことも重視している。

老人介護施設のタイプを見ると、中・低収入層向けの優遇型老人介護施設もあれば、市場化した、高齢者の差別化や個性化への需要を満たす高級外資参入老人介護施設（例えば、新華錦（青島）長楽頤養服务有限公司（新華錦（青島）長楽養生サービス有限公司））もあり、さらに現在計画中の複合型高齢者地域（地域内を自活できる高齢者生活区、生活自立のできる高齢者介護区、ターミナルケア区などに大きく分け、完全な生活・娯楽・医療施設を配備する）もある。

このほかに、青島市にはすでに特殊な高齢者グループを対象とした専門サービス施設が多数誕生している。

例えば、2013年12月に設立した、公設民営の李滄区永清路街道永清苑社区「記憶

護理日間照料中心（記憶看護デイケアセンター）」は、周辺の地域の軽度認知症高齢者に日帰り介護サービスを専門に提供しているデイケアセンターである。同センターの床面積は 210 m²で、コンピューター、テレビ、OT 訓練機材、サンドペインティング製作台、シャワー、レストランなどの施設と設備を備え、政府は 50 万元余りを投じ、現在は専門のソーシャルワーカー3 人、介護員 1 人、調理師 1 人がおり、1 か月の利用料は 1,500 円で、20 人の認知症高齢者を受け入れることができる。同センターは以前、周辺地域の 2,067 人の在宅高齢者を対象に認知機能スクリーニング検査（付属資料 5 参照）を実施したことがあり、早期認知症の傾向がある高齢者比率が 14.7%に上ることを発見した。症状が比較的軽い高齢者と家族の多くは自覚がなく、症状が顕著な認知症高齢者は「隣近所が理解しない、お手伝いさんが世話をしたがない、施設が受け入れを望まない」という苦しい状況にしばしば直面している。従って、同センターの主な機能は軽度認知症の高齢者にデイサービス、活動と訓練、レジャーと娯楽のサービスを提供することであり、同時にスクリーニング検査で認知症リスクがある家庭を訪問して研修サービスを行い、認知症の高齢者を抱える家族に「一時預かりサービス」を提供することもできる。センターはさらに周辺の地域で 43 人の低年齢の高齢者を「健康大使」として募集し、一方で認知症の高齢者に付き添ってもらい、また一方で家庭訪問して健康に関する知識を宣伝してもらっている。こうして軽度の認知症高齢者の知力の衰えを遅らせ、認知症高齢者の家族の負担も軽減させた。

青島市にはさらに中度・重度認知症の高齢者を対象とした専門の看護施設があり、例えば、「12349 期頤居家養老服務中心（12349 百歳在宅介護サービスセンター）」が該当する。これは認知症や要介護の高齢者の看護を主体とする専門サービス機関で、山東省在宅看護専門ブランドであり、従業者は 100 人近い。「百歳在宅介護サービスセンター」は異なる地域に 3 か所の中度・重度認知症高齢者の日帰り介護/長期介護地点を開設し、同時に訪問サービスも提供可能で、おおよその費用は訪問が 60 元/時間、長期委託介護が 5,000 元/月となっている。ここの介護員の専門化レベルはかなり高く、全員、看護師証、職業資格証を持つ全科の看護師である。同センターの責任者は日本で 10 年間、認知症や要介護の高齢者を看護したことがあり、数千人の認知症高齢者の看護例を少しずつ蓄積した、非常に豊富な経験を持つ。認知症高齢者の入所前には、高齢者の個人状況を全面的に評価し、高齢者の「人生のリュックサック」を開けることで、高齢者一人一人に合った看護計画を徐々に作る。センターのサービス内容は生活の世話、知能訓練、運動能力の訓練と情緒面の管理など多くの面を網羅し、高齢者の生活自立能力増強に向けて努力している。また、青島市の多くの医療機関と提携し、認知症の専門家を招聘して定期的に立ち会い診察と評価を行い、看護計画を定めるとともに、医院に認知症の症例を提供し、軽度認知障害の非薬物療法を探求することに協力している。

青島市にも「康楽（広昌）老年愛心護理院（康楽（広昌）高齢者愛心看護院）」の

ような専門の高齢者ターミナルケア施設がある。同院は2003年に設立した、民営の高齢者ターミナルケア施設で、すでに1,200人を超える高齢者にサービスを提供し、800人余りを看取った一方、200人余りの高齢者を回復させた。現在、200人余りの高齢者がなお入所しており、ベッド代と看護費は平均1,700円で、同看護院の院長は2007年に「感動を与えた青島の人物ベストテン」に選ばれた。専門化したターミナルケアサービスを通じて、延命、高齢者の苦痛の緩和、家族の負担軽減、尊厳死などを実現する。

介護モデル間の融合という点から見ると、青島市にはすでに多くの「施設介護」と「地域密着型在宅介護」の融合を積極的に試す動きがある。具体的には3つの方面で現れている。第一に、老人介護施設の周辺地域に対する「波及」効果で、出前を含む食事提供、専門の看護、医療リハビリなどの方面でサービスを提供し、施設介護は青島市の介護サービス体系全体を「支える」機能を発揮している。第二に、老人介護施設が地域密着型高齢者デイケアセンターの運営を担当している。第三に、地域の低年齢の健康な高齢者が老人介護施設/地域密着型デイサービス施設のためにボランティアを行っている。これらについてはすでに述べたので、ここでは記さない。

このほかに、行政部門が青島市の介護サービス発展を誘導する一連の支援政策を定めたが、政策の実行状況を見ると事後の監督が依然として足りない。例えば、青島市は非営利優遇型老人介護施設に対し本市の戸籍を持つ高齢者を受け入れる場合、高齢者1人につき毎月200～300元の運営補助を交付するとともに、当該補助の50%以上を介護員の待遇改善に用いなければならないと規定している。だが、実際には、老人介護施設が運営補助の50%以上を介護員の待遇改善に用いているかどうかは、ややもすると知る由がない。

最後に、行政部門間の相互協調が介護領域における作用は日増しに顕著になっている。青島市長期医療看護保険制度は人事局、民政局、衛生局、財政局、老齡弁公室など9つの部門が合同で公布した。ほかに、多方面で協調し、2013年には青島市は60余りの介護サービス施設に対して一般住宅の電気代を適用し、老人介護施設は年間300万元余りの経費を節約でき、運営コストの削減につながった。それでも、こうした部門間の協調はさらに強化しなければならない。例えば、青島市規画局が2010年に公布した『青島市市区公共サービス施設配套標準及規画導則（試行）（青島市市街地公共サービス施設対応標準及び計画ガイドライン（試行））』は、新規住宅区を整備する時は、相応面積の介護サービス用の建物（1人当たりの面積0.1㎡）を付帯しなければならないと規定している。だが、誰が整備するのか、誰が出資するのか、誰が検収するのか、誰が使用するのかなど各段階の責任主体が明確にされておらず、良い政策を実施しにくくしている。今後、部門間の協調が中国の介護サービス発展過程において不可欠または核心部分となるのは必至であり、結局のところ、介護問題は社会全体が協力して解決しなければならない問題である。

付属資料 1 『日常生活能力評価票』

日常生活能力評価票

指定介護施設（捺印）：		一次評価担当者署名：		一次評価日： 年 月 日	
患者氏名		個人番号		身分	在職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/>
病情説明及び診断					
項目	評価基準	評点			
		点	一次評価得点	再評価得点	
1、摂食	かなりの介助が必要、または全て他人に依存。	0			
	一部介助が必要（おかずをはきむ、料理をよそう）	5			
	自立摂食できる	10			
2、入浴	他人に依存	0			
	一人で入浴できる	5			
3、整髪、洗顔、身だしなみ	他人に依存	0			
	自分でできる（一人で洗顔、整髪、歯磨き、ひげ剃りができる）	5			
4、衣服の着脱	他人に依存	0			
	半分介助が必要	5			
	自分でできる（ボタンのはめ外し、ファスナーの開け閉め、靴を履く）	10			
5、便意（大便）のコントロール	意識を失う、または失禁する	0			
	時々失禁する（1週<1回）	5			
	コントロールできる	10			
6、便意（小便）のコントロール	失禁する、または意識を失う、または他者の介助が必要である	0			
	時々失禁する（<1回/24時間、>1回/週）	5			
	コントロールできる	10			
7、トイレ	他人に依存	0			
	一部介助が必要	5			
	一人でできる	10			
8、ベッド-椅子間の移乗	完全に他者に依存	0			
	多人数の介助を必要とし（2人）、座ることができる	5			
	少人数の介助（1人）、または見守りが必要	10			
	自分でできる	15			
9、歩行	歩けない	0			
	車椅子で単独で移動	5			
	介助が1人必要（身体または言語の指図）	10			
	一人で歩行（補助器具を用いることが可能）	15			
10、階段昇降	できない	0			
	介助が必要	5			
	一人でできる	10			
合計		100			
社会保険再評価意見	認可 <input type="checkbox"/> 不認可 <input type="checkbox"/>	社会保険再評価日		再評価担当者署名	

注：本票の満点は100点である。得点が60点以上の場合には軽度の機能障害があることを表し、一部の日常活動は一人で行うことができるが、ある程度の介助を必要とする。59～41点は中度の機能障害があることを表し、かなりの介助を要して日常生活を行うことができる。40点以下は重度の機能障害があることを表し、多くの日常生活を行うことができない、または介助を必要とする。

（筆者注：得点が59～41点を「半分程度の生活自立ができる」、40点未満を「生活自立ができない」と認定する。）

付属資料 2 青島福祉宝くじ介護院



受付ホール (写真は介護院のホームページより)



リハビリ訓練区



薬局



頭を使い手を動かす



活動室



仏教活動室



余暇活動サンルーム



要介護高齢者介護区



スタンダードルーム（写真は介護院のホームページより）

スタンダードルームのミニキッチン

付属資料 3 青島福祉宝くじ介護院高齢者活動グループスケジュール

グループ名	時間	場所
手作りグループ	月曜日 9:30～10:00	7階活動室
懐かしの映画	火曜日 9:30～10:30	12階多機能ホール
合唱グループ	木曜日 15:00～15:30	12階多機能ホール
書道グループ	火～木曜日 9:30～10:00	7階活動室
伝統演劇グループ	金曜日 9:30～10:00	12階多機能ホール
太極拳グループ	毎日 6:00～6:30	中庭の回廊
軽くたたく体操、緩歩	毎日 9:00～9:30	中庭の回廊
卓球、ビリヤード	毎日 13:00～14:00	地下1階ホール
若返り医療保健体操	毎日 15:00～15:40	各フロア
社交ダンス	毎日 14:30～15:30	地下1階ホール
器楽グループ	月曜日 9:30～10:00	12階多機能ホール
麻雀グループ	毎日午前・午後、1人1時間まで	7階活動室
知育リハビリ活動	毎日 9:30～10:30	2階、10階多機能ホール
	毎日 14:30～15:30	11階多機能ホール

付属資料 4 市南区モデル地域密着型高齢者デイケアセンター



市南区モデル地域密着型高齢者デイケアセンター 2階楽万家高齢者マンション室内



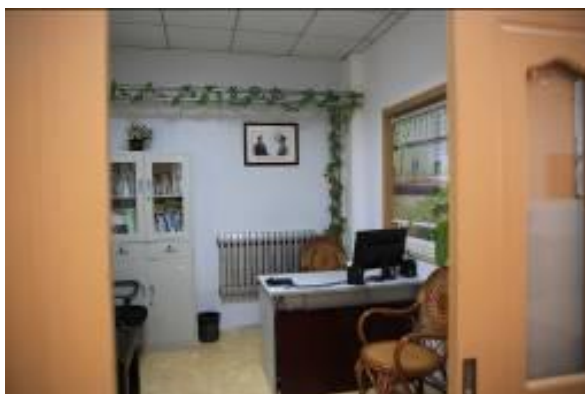
デイケアセンター食堂配膳

合唱グループ当番表 (清掃)



ゲーム室

映画上映室



心理カウンセリング室

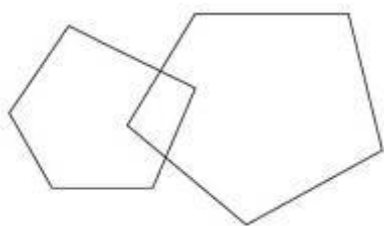
最上階の活動用テラス

付属資料 5 『ミニメンタルステート検査票 (MMSE)』

ミニメンタルステート検査票 (MMSE)

病人氏名性別年齢学歴電話 自宅住所一次診断		
時間と場所の見当識 今日は何曜日ですか？ 何日ですか？ 何月ですか？ どの季節ですか？ 何年ですか？ 私達が今いるところは、何省ですか？ 何市ですか？ 何病院ですか？ 何科にいますか？ 何階ですか？	点数 () ()	最高点 5 5
記憶力 今、私は3つの物の名前を言います。私が言い終わったら、復唱して下さい。何分かしたら尋ねますので、3つの物を覚えて下さい。(詳しくははっきりと、1つの物を1秒間言って下さい) 「ゴムボール」、「国旗」、「木」 3つの物を1回言って下さい(第1回の答えの点を記入する)	()	3
注意力と計算力 100から7を引いて下さい。そして、その数字からまた7を引いて下さい。このように、7を引くたびにその答を私に言って下さい。私が「ストップ」というまで続けて下さい。(もし間違えても、次の答が正しければ、1回誤りとだけ記す) 93 86 79 72 65	()	5
想起能力 さっき覚えてもらった3つの物が何だったか言って下さい。「ゴムボール」、「国旗」、「木」	()	3
言語能力 (腕時計を見せて) これは何ですか？ (ペンを見せて) これは何ですか？ 今、私が一言言いますから、私の後ではっきりと繰り返して言って下さい。 「44頭の石の獅子」 紙を1枚渡しますから、私の言う通りにして下さい。それでは始めます。「右手で紙を持ち、両手で半分に折り、あなたの腿の上に置いて下さい」。(2回説明してはいけないし、見本を示してもいけない) この言葉を声を出して読み、その意味の通りにして下さい。(下を参照) 文章を書いて下さい。(文章には主語、述語、目的語がなければならない) 書いた文章を書き留める。 (下を参照) ここに図があります。同じ紙に同じように書いて下さい。 (正確度：2つの五角形の図で、重なっている部分は四角形)	() () () () () () ()	1 1 1 3 1 1 1

目を閉じてください



得点 27～30 点：正常

総得点 ()

得点 27 点未満：認知機能障害

臨床的印象：

病院名：

検査日：

評価担当医師署名：

成都市高齢者サービス調査報告

王 晶

一、成都市高齢者人口の基本状況

成都市は四川盆地に位置し、人口数では中国有数の大都市である。2010年の第6回国勢調査の統計データによれば、成都市の常住人口は現在1,404万7,600人に達し、中国の「特大都市」（中国「国家新型城鎮化（＝都市化）計画（2014～2020年）」では、特大都市は人口が500万人以上とされる——訳注）の中でも、重慶、上海、北京に次ぐ第4位で、特に人口の多い都市の1つである。総人口は膨大ではあるが、中国の同レベルの都市と比べ、成都の高齢者率は既に高い水準にある。第6回国勢調査のデータでは、中国の副省級市（省の管轄下にあるが、経済・財政・法制面で省と同程度の自主権が認められている二級行政区——訳注）のうち、成都の高齢化水準は4番目に高く、全国平均の8.87%を0.84ポイント上回っている。

過去20年間で、成都市の人口構成は大きく変わった。主な要因は2つあり、それが成都市の人口構成を高齢化に導いたのである。第1の要因は徹底された一人っ子政策である。1970年代から80年代、中国全土で計画出産政策が実施された。当時、四川省と河南省は人口が最多の2省であり、計画出産政策が最も厳しく実施された2省でもあった。「成都市2013年統計年鑑」によると、2012年末までの成都市の「一人っ子率」は全市で84.53%、市街化区域では88.47%、農村部では81.22%となっている。第2の要因は農村部労働力の移転である。四川省は中国西部にあり、1人当たり耕地面積が狭い。2012年の四川省農村部の1人当たり平均収入は7,002元で、全国31省のうち20位である。資源に限りがあるため、四川省は西部の労働力の大きな供給源である。この2つの要因により四川省全体の高齢化レベルは非常に高い。本章では主に成都地区の高齢者人口の状況について分析する。

（一）高齢化レベルはますます上昇している

民政統計年鑑によると、2010年の最新の成都市の市街化区域別高齢者人口の年齢別構成分布は下表の通りである。

表1 成都市主要市街化区域の2010年高齢者人口状況

区域	60歳以上の人口総数	60歳以上の人口比率	65歳以上の人口比率	80歳以上の人口比率	100歳以上の人口比率
成都市	3,460,786	55.67%	36.85%	7.45%	0.02%
錦江区	149,974	51.58%	38.24%	10.16%	0.02%
青羊区	187,634	56.08%	43.90%	4.69%	0.02%

金牛区	251,767	53.45%	38.94%	7.59%	0.02%
武侯区	135,003	58.35%	36.54%	5.08%	0.03%
成華区	216,784	58.43%	34.14%	7.42%	0.01%
竜泉駅区	131,841	61.44%	31.86%	6.68%	0.02%
青白江区	75,506	87.71%	4.04%	8.22%	0.03%
新都区	197,731	50.39%	42.94%	6.66%	0.02%
温江区	103,528	59.47%	32.39%	8.12%	0.03%

出所：成都市民政局提供の資料（中国民政統計年鑑 2011 年）

成都市全体の高齢化状況を見ると、65歳以上の高齢者は2010年には36.85%に達している。80歳以上は25万7,800人に達し、全市の高齢者人口の7.45%を占め、2009年の23万200人から一挙に2万7,600人増加した。成都全体の高齢化は全国平均に比べてやや高いレベルにある。成都市の都市計画^①によれば、一圏層は市の中心部に属し、錦江区・青羊区・金牛区・武侯区・成華区が含まれる。二圏層には竜泉駅区・青白江区・新都区・温江区が含まれる。この圏層別に高齢者の人口構成を見ると、錦江区は成都市の中心区域にあり、高齢化率が最も高い。80歳以上の高齢者が高齢者全体に占める割合は10.16%に達する。

（二）高齢化が急速に進んでいる

成都市統計局は市の2005年人口の1%をサンプル抽出し、「成都市の今後20年の人口発展予測」を公表した。予測では、2015年には成都市の60歳以上の高齢者人口は269万5,000人に増加し、2025年にはさらに増えて327万6,600人となり、高齢者人口は113万5,200人の増加、遡増率は21.5%としている。

表2 4回の国勢調査における成都の年齢別人口構成

	0～14歳 (%)	15～64歳 (%)	65歳以上 (%)
1982年	30.26%	64.71%	5.03%
1990年	19.31%	74.26%	6.43%
2000年	16.43%	75.61%	7.96%
2010年	10.94%	79.35%	9.71%

出所：成都市統計年鑑

また1982年から2010年にかけて、中国は4回の国勢調査を実施した。1982年の1回目の国勢調査では65歳以上の高齢者が人口に占める割合は5.03%に過ぎなかつ

^①一圏層（成都市は中心部から近郊地域に向かって地理的に3段階の「圏層」として区分される——訳注）は、錦江区・青羊区・金牛区・武侯区・成華区および成都高新区。二圏層は、竜泉駅区・青白江区・新都区・温江区・双流県・郫県。三圏層は、都江堰市・彭州市・邛崃市・崇州市・金堂県・大邑県・蒲江県・新津県。

たが、1990年には6.43%に、2000年には7.96%に上昇し、2010年の4回目の国勢調査実施時には9.71%となった。人口構成の変遷から見て、成都市の高齢化は明らかにその速度を速めている。

「少子化」や「高齢化」「高齢者の高年齢化」といった問題は、欧米の国家が脱工業化社会となって初めて現れてきた問題だが、中国社会にとって「豊かにならないうちに老いる」ことは、すぐそこに迫る厳しい現実である。現在の中国の発展構造から見ると、中国東部は流動人口が集中するため高齢化レベルが希薄化され実際よりも低くなる。一方、中国西部はちょうど反対に、人口流出により、高齢化のスピードは経済が発達した東部を超えるほどである。こうした経済発展レベルにおいて高齢者の介護ニーズをいかに解決するべきか、政府・社会のどちらにとっても厳しい挑戦である。

二、成都市介護サービス政策の分析

ここ数年、成都市政府は老人介護施設の民営化改革を強力に推進し、的を絞った支援政策を打ち出し、民間組織の介護サービス市場への進出を奨励してきた。第1には、高齢者福祉サービス施設への減税である。成都市は、国家財政部および税務総局の「**关于老年服务机构有关税收政策问题的通知（高齢者サービス施設に関する徴税政策問題に関する通知）**」の規定に基づき、介護サービスを始める民間組織に対して企業所得税を免除した上で、老人介護施設の不動産税および都市部土地使用税、車両船舶税をも免除している。第2には、民間介護施設の用地に対する社会保障政策である。成都市人民政府は「**关于加快民營化养老机构发展的意见（民間が運営する老人介護施設の速やかな発展に関する意見）**」を発表し、成都市発展改革委員会が民間組織による介護施設の建設用地に優先的に指標を与え、事業体（中国語は企業単位。以下訳文では「事業体」とする——訳注）、社会組織、個人およびその他団体等が市の都市計画に適合した各自の土地・不動産を活用して老人介護施設を開設することを奨励している。第3には、民間が運営する老人介護施設への資金補助である。成都市政府は2011年に次のように定めた。新設の民間が運営する老人介護施設に対し、1ベッド当たり1万元を基準として初回限りの資金補助を行う。地域社会の施設および地域社会の資産を改築または拡張して民間が運営する老人介護施設とする場合は、初回限りの資金補助基準は1ベッド当たり5,000元である。成都市の戸籍をもつ高齢者が民間が運営する介護施設に入居する場合は、一人当たり毎月100元を基準に政府が施設に補助金を出す。第4には、民間が運営する老人介護施設の運営で発生する費用の減免である。成都市政府弁公庁は2009年に「**关于加快我市老龄服务民營化产业化发展的意见（わが市の高齢者サービスの民営化・産業化の発展加速に関する意見）**」を発表し、民間が運営する介護施設の水道・電気・ガス利用料金について、業務用価格よりも安く、家庭用価格と同じ基準を採用した。インフラ

負担については、老人介護専門の施設はインフラ負担費用を全額免除し、総合的社会福祉施設はその介護サービス施設部分の50%のインフラ負担費用を免除する。第5には、地域社会の施設に介護施設を付設するプロジェクトの推進である。これは「公設民営」型社会福祉の介護モデルを発展させたもので、主な方法は次の通りである。政府が土地を競争入札にかける際、土地の譲渡条件および計画方法に老人介護施設の建設要件を組み入れる。落札者は必ず介護施設建設の任務を負い、完成後無償で政府関連の受け入れ主体に譲渡し、再び政府からその介護施設の運営委託を受け、もしくは運営権を非営利の民間団体や慈善団体に譲渡する。

成都市が介護施設の民営化改革に注ぐ力は大きく、スピードも速い。しかし速すぎる改革はまた多くの弊害も生む。例えば政府が定めた優遇・支援政策は民営の非営利介護サービス施設を対象としたものである。こういった政策環境では、介護施設を開設する個人・企業および社会団体が、政府の優遇や支援を得るために非営利機関が本来備えるべき公益性や福祉性を実際に備えるか否かに関わらず、誰もが非営利団体として民政部门に登録するようになってしまう。営利性があっても、多くが非営利団体として民政部门に登録し、政府の支援が得られるようにする。このようになれば、政府の資金援助は予期した効果を上げられない。介護施設の玉石混交の状態を正すため、「第12次5か年計画」期に入ると、政府は民間が運営する介護施設について新たに分類と位置づけを行った。成都市が発表した2011年の成都市「民間が運営する老人介護施設の速やかな発展に関する意見」で、政府は民間が運営する介護施設の類型の合理化を図り、民間が運営する介護施設の経営タイプは工商部門に登録する企業と民政部门に登録する民間の非営利団体に分けられると強調し、営利性をもつ企業による介護施設の開設を認めた。また同「意見」では、支援政策を受けるためには無断で施設の性質を変更してはならず、なおかつ登録施設に対して毎月実態を審査し、もし施設の性質が変わっていれば今後政府から介護施設への優遇と支援は受けられないと定めた。このような政策は、介護施設の多様な発展への道ならしであるとともに、限りある政府の資金を低所得の高齢者グループへの介護サービスに、より集中させるものでもある。

老人介護施設の改革以外に、成都市政府はこの1~2年で政策の焦点を地域社会の居宅介護に集中し始めた。だが、成都市の手法は上海と全く同じわけではない。中国西部は介護サービスの力が乏しいため、成都市が最初に行ったのは地域社会のミニ介護サービス施設の育成である。ミニ介護サービス施設を発展させ居宅介護サービスへと拡大することで、より多くの高齢者の介護ニーズを満たすのである。「ミニ」というのは、このような施設が成立し発展する場が主に地域社会の中にあることをいう。我々の調査結果によると、成都市内は地価が非常に高く、介護サービス施設はほとんどが新たに土地を買う経済力がない。そこで地域社会に今ある土地・施設その他建築物を有効に活用するより他に方法がないのである。ここでの政府の働き

は次のようになる。即ち行政手段を通じ、公設または公的介護サービス施設、あるいは高齢者サービスを行う場所や設備を、その所有権を変更せずに民間組織に開放し、民間組織に資格とサービス能力がありさえすれば政府は建物、さらにはその改築や水道・電気の設備改装までを無償で提供するのである。成都市政府はこの種の介護サービスモデルを「公設民営」とも呼び、成都市では現在までに 219 の地域社会のミニ介護サービス施設が成立している。2014 年には中心部で町内ごとに最低 1 か所のミニ介護サービス施設を開設し、全体をカバーする計画である。これら地域社会のミニ介護サービス施設のベッド数は 10 床から 30 床までいろいろである。政府はベッド数 1 床あたり 1 万円を基準に 1 回限り資金補助を行うとともに、成都市戸籍の高齢者が入居する場合は 1 人当たり 100 元の補助金を支給する。これら政策の主旨は、地域社会のミニ施設が可能な限り速やかに成長するのを支援し、点で面を覆い、地域社会の居宅サービスをカバーすることにある。これら地域社会のミニ介護サービス施設はほとんどがまだ成長し始めたばかりで、サービス理念がまちまちである。ある地域社会の施設では高級介護サービスに重点を置いている。というのも中心部は消費能力が高く、高消費グループが少数派ではないためである。だがマイナス面は、その陰で低消費グループがサービス範囲の外に追いやられるということである。またある地域社会の施設では、家事サービスに重点を置いている。こういった施設は多くが大型の介護サービス専門施設が設ける介護サービス拠点で、低価格で家庭を訪問し家事サービスを行い、多くの高齢者の信頼を勝ち取るが、専門性の高い高齢者介護サービスは提供できず、介護の必要な老人は新たに介護施設に入らざるを得なくなるという弊害がある。以下、地域社会の居宅介護サービスを重点的に検討する。

三、地域社会の居宅介護サービス

今回の調査で、成都市の地域密着型居宅介護サービスの主体となるモデルは「公設民営」のミニ介護サービス施設であることが判った。これは成都市民政局が 2013 年から注力し始めた重要な民生プロジェクトである。このほか、「5.12」四川大地震後、成都市には多くのソーシャルワーカーの組織が雨後の筍のように立ち上がり、そのサービスが高齢者介護サービスの領域にも拡大し始めている。ソーシャルワーカーのサービス理念は「セルフサービスの人助け」であり、地域の様々な人の介護サービスへの自主参加を最大限に可能にする。これは政府主導で推進されるミニ介護施設とは異なる種類のモデルである。

(一) 「ミニ施設」に依存する地域の介護サービス

前文で触れた地域のミニ介護施設については、政府がその中で非常に重要な役割

を演じている。即ち、政府はミニ施設の計画立案者であるとともに、その監督・指導を行う立場でもあり、あるいは運営資金の調達者でもある。施設の計画立案では、導入する民間組織の種類、展開する介護サービスの種類の最終決定権は地方政府が握り、その地方政府とは、多くが区・県の民政局および街道鎮政府である。例えば「万春鎮社区介護サービスセンター」では、区の民政局は、応札した多くの民間組織から最終的に「円円老年服務組織」の導入を決定した。その背景には「区の民政局は上海や南京の多くの居宅介護施設を実地調査したが、円円（略称）の『全日滞在』モデルが発達地域の先進モデルに最も近いものだった。やるからには最良を目指すつもりだ」^①との考えがあった。資金投入にあたっては、政府は建物の改築・改装等の費用を全て引き受ける。「汪家拐社区老人サービスセンター」の例では、初期に投入する費用 200 万元を政府が負担し、運営開始後最初の 3 年間は賃借料を全て街道政府が負担し、運営主体から賃借料を徴収しない。「万春鎮社区介護サービスセンター」では、政府の関与はさらに強い。鎮政府はまず 200 万元の改装経費を先払いし、成都市温江区民政局が改築に 30 万元の資金を援助する。2014 年、同センターは四川省老人介護模範地域の称号を得、省の民政庁はさらに 40 万元の経費補助を行った。地域の老人介護サービスセンターの運営が始まると、省民政庁の文書に定める要件に基づき、ベッド 1 床当たり 5,000 元の経費補助が支給され、成都市戸籍の高齢者が入居する場合は、介護施設は 1 人当たり 100 元の補助を受ける。

地方政府がなぜ非常に熱心にミニ介護施設の拡大に注力するかについて、温江区民政局の主任は次のように解説した。「地域の介護施設を発展させることは、2013 年の成都市政府の民生上の目標だ。成都市は億という金を投入して二圏層および三圏層に 16 の公設民営の介護施設、特に数か所の重点発展対象の鎮の介護施設を建造する計画だ。成都市民政局は地区の民政局に絶対的な指標を与えた。温江区は 2013 年にミニ介護施設を 7 つ完成させなければならない^②」。絶対的な指標をどう達成するか。地区の政府は習慣的に「魚釣り政策」を用いるしかない。圧力を下に降ろし、絶対的な指標の達成に協力するよう鎮政府に求める。介護施設の建設にひとたび地方政府の指標評価が取り入れられると、地方政府の積極性が十分に引き出される。万春鎮の介護センター建設で、万春鎮政府はさっそく 200 万元の資金を投入した。また市の中心から遠い別の地域では、地方政府は 1 年間に 1,000 万元以上を介護に投入したが、公設民営の老人介護施設を 1 つ建てるためには 600 万元が必要である。施設が建てられれば、地方政府の業績指標はたやすく達成されるが、これらミニ介護施設をどう運営していくかが、より大きな問題である。

調査で明らかになったことは、成都市中心部のミニ介護施設サービスは、現在「施設」を作ることに重点が置かれているということである。社区の中にあつて地理的

^①2014 年 1 月 26 日の温江区民政局・叶主任へのインタビュー資料より。

^②2014 年 1 月 26 日の温江区民政局・叶主任へのインタビュー資料より。

に特に恵まれ、サービス半径が住民の居宅に及んでいるにも関わらず、現在の資金調達モデルや発展の方向性により、ミニ介護施設のほとんどが期せずして均しく技術発展型のサービス施設となっており、それに対して居宅サービスが欠如している。地域の介護施設の言い分によれば、一つには施設の介護スタッフが不足しており居宅サービスを展開できない。二つには施設が開設後間もないため、政府の補助金が多いとはいえまだ赤字経営の段階で、生き残るために経営収入が必要だが、居宅サービスでは収入を上げることができず、サービスレベルを上げ続け、消費能力の高い老人を引き付ける近所でのサービスを提供するしかない、ということである。そのため都市部の低所得層の老人には、これらミニ介護施設のベッドは望んでも得られないものとなっている。汪家拐社区老人サービスセンターの例では、運営の受託主体は高級介護センターにしたいと思っている。受託者の言葉を使うと「ミニ介護サービスのフラッグシップストア」を作り、ハイレベルの高齢者介護ニーズを満足させる、というのである。同センターに入居しているのは主に80歳以上で日常生活の一部以上または全てに介護の必要な老人である。同センターはその上に病院から専門の医師を引き抜き介護主任とし、高齢者介護のリスクを軽減することまでしている。ハイレベルの介護を追求するため価格が高くなり、それを支払える老人は主に引退した公職者である。同センターでは日常の衛生や飲食の他、特殊な高級介護サービス、例えば挿管や血糖値管理といったサービスを提供している。サービスの価格は2,000元から5,000元まで様々で、高齢者の介護ニーズや家族の支払能力に従って積み上げられていく。最低基本介護費が2,000元で、オプションの介護の内容に応じて累計されていく。こうした価格は一般的な消費レベルの高齢者にとってはとても受け入れられないものであると同時に、センター側も都市部の「五保（一定の条件に適合する低所得の高齢者、障害者および未成年者が政府から衣・食・住・医療・葬儀の保障を受ける制度——訳注）」老人を受け入れていない。

（二）「ソーシャルワーカーサービス」に依存する地域の居宅介護サービス

「ソーシャルワーカーサービス」が頼りの地域の居宅介護サービスは、地域のミニ介護施設とは違うところに重点を置いている。ソーシャルワーカーが地域に入り、地域に今ある資源を統合して潜在的なボランティアを集め、地域住民の潜在的能力を発掘し、地域住民の社会参加能力を向上させ、地域に一種の自助および互助ネットワークを構築してグループが自らにサービスするという目標に到達する。この種のモデルではハードの投入を強調しないため、資源に乏しい市の中心から離れた地域にとっては非常にメリットがある。

我々は都市部と農村部の境界にある地域、涌泉街道瑞泉新城を調査した。この地域は成都市最大の農民の集団移住団地で、移住した農民は8,200人余り、そのうち

60 歳以上は 1,100 人余りである。2011 年、涌泉鎮政府の肝煎りで 130 m²の瑞泉新城居宅介護サービスセンターが開設され、また付属の寧和苑に 70 m²の居宅介護サービスステーションを開設した。同センターは涌泉鎮政府の主導によるもので、他地域のように民政部门主導ではない。その理由は、農民移住地区では社会矛盾が激しく、強硬な行政管理は効果がなく、地方政府は柔軟な社会管理方法で人々の要望を満足させることから社会矛盾を和らげようとしているからである。農民移住団地ではほとんどの若者が仕事のため地域から出て行き、老人は皆地域で留守を預かっているため、高齢者の社会参加や心理的慰め、介護サービスの要望が非常に高い。そこで涌泉鎮政府はサービスセンターを作り、成都市心家園社会奉仕サービスセンター所属のソーシャルワーカーをサービスステーションの運営スタッフとして置き、社会矛盾と心理的ニーズの解決を突破口に、地域の居宅介護サービスを発展させようとしている。これが、同センターが成都のその他ミニ介護施設と最も大きく異なる点である。

同センター内に政府が実際に置いたソーシャルワーカーは 2 人だけである。政府はサービスへの対価として毎年 13 万から 15 万元の事務費を支払う。2 人のソーシャルワーカーというのは他のミニ介護施設に比べ規模は非常に小さいが、ソーシャルワーカーの理念は、ボランティアサービスを通じて地域全体の老人を敬い、愛する雰囲気を引き出すことである。調査中に 1 人のソーシャルワーカーが教えてくれたが、同センターは活動の中心となる老人ボランティアを既に 20 数名受け入れている。彼らは地域のボランティア活動に長期間参加し、「無償で」高齢老人への日中の世話、保健、理美容、リハビリ・理学療法、慰問、家事等 10 項目のサービスを提供する。同時に地域内の老人のサービス記録を作り、老人の情報とサービスへの要望を一目でわかるようにしている。家事サービスの例では、ソーシャルワーカーが地域内の比較的年齢が若い老人を動かし、自立生活が困難な老人の家を定期的に訪問し、洗濯や掃除等の家事サービスを行う。また、普段あまり外出しない老人を定期的に尋ね、安否を確認する。同センターに小さな食堂を設け、その料理人も老人ボランティアを採用する形で少しばかりの補助金を支給する。だが老人はこれら社会活動において「老いても教え、学び、仕事をし、楽しむ」ことができる。ボランティアサービスにいつも参加する老人には、ソーシャルワーカーが「タイムバンク」を設けた。ボランティアが無償サービスを行った「時間」をこの仮想の銀行に貯蓄しておき、本人が必要とする時にタイムバンクの「貨幣」をサービスに交換できる。これは欧米で非常に先進的な社会サービスの考え方である。参加人数が一定の規模に達すれば、すぐにプラスの循環となり、地域内の資源が引き出され、非常に大きな社会サービスの力となるとともに、徐々に深く浸透して地域内での一種の公共制度となっていくだろう。

この例は、現在の成都の地域密着型居宅介護サービスにおいては決して主流では

ない。その理由は複雑に絡み合っているが、行政管理の視点からいえば、この種のモデルは街道政府が推進するもので、民政部門によるものではない。そのため民政部門はこの種のモデルにあまり興味がない。また行政業績の視点からいえば、この種の地域介護モデルは民間が自発的に動いてできることであり、政府の業績評価の絶対的な指標、例えばベッド数や介護員の数などを達成することはできない。しかしサービスを必要とする者の視点からいえば、ソーシャルワーカーと地域のボランティア、街道政府の3者を拠り所に共同で構築する社会ネットワークは、ボランティアが深く関わるため、施設の介護スタッフがやりたがらない仕事がすんなり解決することもある。例えば高齢者の心理的慰めである。これは介護スタッフにとっては経済的収入にならない仕事で、ミニ介護施設にはその種のサービスモデルを企画する気はない。特に重要なのは、地域の高齢者がこうした活動を通じて、老いてもやりがいを得ることである。これは一種の「積極的高齢化」の地域での実践である。

四、施設介護サービスの分析

2011年、成都市人民政府は「成都市人民政府關於成都市城鄉養老事業發展第十二個五年計画的通知（成都市城鄉老人介護事業の第12次5か年計画における發展に関する成都市人民政府の通知）」を發表し、その中で次のことを明らかにした。すなわち、成都市の老人介護施設は第11次5か年計画期に着実に發展した。その数は着実に増え、2010年までに全市の老人介護施設の総ベッド数は3万5,600床に達し、2005年の3倍となったのである。

成都市の既存老人介護施設数を見ると、政府が開設した福利介護施設は18あり、市の一級施設は成都市第一および第二、第三福利院があり、その他は全て民政部門が各区県でその区県の名を付けた養老福利院である。政府が運営する老人介護施設は全体の9%に過ぎず、かなり低い比率である。政府運営の介護施設は低価格で設備が整っているが、長期にわたり「1床も空きがない」状態になると思われる。我々が調査した成都市第一福利院の例では、ベッドは長期間満床状態にあり、登録している老人は200人以上だが、1年に50人入ったとしても基本的に全員を受け入れるにはこれから3年かかる。

表3 第11次5か年計画期の成都市の老人介護施設数およびベッド数

	施設数	ベッド数
全市の老人介護施設	195	35,569
政府運営の老人介護施設	18	4,350
民営の老人介護施設	33	7,538
その他類型の老人介護施設	144	23,681

出所：<http://www.chengdu.gov.cn>

民営の老人介護施設はここ数年で急速に増えている。これはさきに述べた成都市の介護施設の民営化改革と無関係ではない。成都市では現在民営の老人介護施設は33に増えたが、これらの多くは地理的にやや不便な場所にある。市中心部の土地・建物の価格が高すぎるため、民営の介護施設のほとんどは郊外に建てることで運営コストを節約する。現在、成都市の民営介護施設の入居率は一般的に70～80%に達し、総じていえば、住民の所得水準の上昇に伴い、民営介護施設の市場は今後も非常に大きくなるだろう。

(一) 公的老人介護施設の分析

今回調査した公的老人介護施設は成都市第一福利院である。福利院は成都市民政局に属し全住民を対象とする福利事業部門であり、四川省市級の国営福利施設である。低収入で労働力がなく、扶養者もいないため国が扶養する「三無」老人を受け入れ、職場や家庭で世話ができない老人や自ら望んで来る老人の介護、リハビリ治療、心理カウンセリング、思いやりのある世話、文化・娯楽等の社会サービスを行い、生活面でのケアや医療看護、リハビリ、ソーシャルワーカーサービスおよびその推進指導を一か所で行う、一体型総合老人介護施設である。

社会基盤として政府が運営する介護施設の最大の特長は、施設のハード面が保証されていることにある。2007年、成都市第一福利院は新しい場所に移転した。これは市政府の「十大惠民行動プログラム」の1つとして、「西南地域で一流の社会福利院を建設」といった要求に基づき、民政部、省民政庁、および成都市共産党委員会、市政府が建設して使用に供するものである。新しい福利院の規模は旧院の倍以上になった。敷地面積は旧院の22.9ムー（1ムーは6.667アール——訳注）から50ムー余りとなり、建築面積は旧院の1万28.09㎡から2万4,874.9㎡に増え、ベッド数は150床から576床となった。新院の施設設備はさらに完備された。12階建てのエレベータを備えた集合住宅にスイートルームとスタンダードルームの2種類の部屋タイプを設け、トイレを配し、各部屋に湯沸かし器・エアコン・カラーテレビ・電話・呼び出しシステムを設置した。各棟には配膳室、冷蔵庫、電子レンジ等が設置されている。また各棟に看護ステーション、治療室、集会室が置かれ、院内にはBモード超音波検査や心電図およびその他の検査設備が設置され、医療サービスを提供している。リハビリ器材が増え、リハビリセンターの規模が拡大した。鍼灸診療室やマッサージ室、作業療法室等を開設し、リハビリサービスを提供している。専門の不動産管理会社が建物の保全サービスを提供し、入居者の安全を保障している。

受け入れ対象については、政府運営の老人介護施設が主に対象としているのは「都市部の三無老人」である。現在、成都市第一福利院には417人が入居しており、そのうち「三無」老人は31人、その他386人は公的負担で受け入れた路上生活者で、

男性は 164 人、女性が 253 人である。入居者の自立状況を見ると、自立生活ができる老人が 214 人で入居者の 51.3% を占める。一部介護が必要な老人は 152 人で 36.5%、全く自立生活ができない老人は僅か 51 人で、12.2% である。同福利院では現在主なサービス対象はやはり自立老人および一部要介護の老人となっている。年齢構成を見ると 60 歳以下が 14 人、60～69 歳が 28 人、70～79 歳は 116 人、80～89 歳は 209 人、90 歳以上が 50 人である。入居者の年齢は 70 歳から 89 歳に集中しており、その総数は 325 人、全体の 77.9% を占めている。

福利院は入居者の状況に応じて提供するサービスが異なる。サービス基準は 6 段階に区分されており、入居時に老人の状態に基づき評価を行い、介護等級に従って費用を徴収する。介護等級は 7 つの級があり、基本介護は自立生活ができる高齢者に対するものである。福利院は高齢者に日常の飲食や掃除等の活動を提供する。一部要介護および自立不能の高齢者は 6 つの等級に分けられる。高齢者の能力喪失状況に応じて特別介護の等級が高くなる。福利院には多くの等級の介護サービス、特に自立不能者への介護サービスを設けているが、自立不能の老人は僅か 51 人、全体の 12% である。福利院の現在の介護能力では、自立不能の老人が増えすぎると対応ができなくなると思われる。成都市第一福利院が現在臨時に採用している介護スタッフは 90 人で、介護部隊全体の 90% を占める。公立の介護施設は賃金水準が高くないため、臨時採用の大部分の介護スタッフの介護レベルにも限界がある。したがって、実際には介護施設内の老人はやはり主に自立可能な者となり、介護スタッフが主に提供するのも飲食その他日常的なサービスとなる。

経費の出所および管理方式においては、政府運営の介護施設は事業単位（企業と異なり、生産による収入がなく、国家の経費でまかなわれ、採算にとられない機構のこと。以下「事業単位」とする——訳注）と同じく、主管部門が直接管理している。成都市第一福利院の主な業務スタッフは職務編成で定められた事業単位の職員であり、主管幹部は上級委員会から派遣された民政組織の幹部が担当し、中国の国家公務員階級の 1 つである「正处级」の待遇を受ける。財務上は収支分離の原則を採り、政府が毎年福利院に 100 万元以上の交付金を支給する。そこに正規職員の給与、事務費用および特別費用が含まれる。福利院の第 2 の収入が入居老人の納める費用である。政府が運営する福利院の料金基準は厳しく制限されており、平均費用はベッド 1 床当たり 1,050 元である。これは現在の老人介護サービスの標準的料金よりもはるかに安い。政府が施設に対して最終的な責任を負い、職員の賃金や事務経費に毎年一定の補助金を出すため、現在は基本的に収支バランスがとれているのである。

支出においては、福利院の主な支出は職員の賃金と設備の償却費である。職員の

賃金は2種類に分けて管理する。正規職員は職務と職名に従い毎月固定額の賃金を支給する。現在の賃金水準はやはり発展改革委員会が2007年に定めた賃金基準に基づき、初級職は毎月700～800元の間、中級職は毎月2,000元である。その他に、福利院は毎年の経営収入に基づき、一定のボーナスを支給する。一方、非正規職員の賃金基準はそれに比べて低く、毎月1,000元前後の収入しかない。毎年、在職者への支給賃金が70万元、離職・退職者への退職年金70万元、臨時職員への賃金が400万元余りで、賃金・年金支給額は合計550万元近くになる。また福利院は経営収入の中から設備の維持・修理および介護等の費用をまかなわねばならず、そのため福利院は実質的に赤字経営の状態にある。

(二) 民間老人介護施設の分析

2005年、成都市民政局は「关于社会力量興办社会福利機構的意見（社会の力による社会福利施設の開設に関する意見）」を發表し、続いて2011年に成都市人民政府、「民間が運営する老人介護施設の速やかな発展に関する意見」を發表した。2つの文書のどちらでも強調されている原則は、民間が運営する老人介護施設の開設への支援を徐々に強めていくということである。施設用地や施設運営費用、財政補助等の多方面で政策的に支援していくとしている。しかし2つのパラドックス的な現象が現れている。1つは、老人介護サービスに進出してくるが、すぐに撤退する商業組織があることである。2つ目は、どこにも一切登録しないまま高齢者への介護サービスを行っている施設があることである。一体どのような原因で、介護サービス市場から撤退する商業組織がある一方、依然として運営を続ける施設もあるのだろうか。

民設民営の老人介護施設の所在地を見ると、ほとんどが市の中心部から離れた不便な地域にあり、中心部で運営している施設は少ない。調査を行った2か所の民営の非営利老人介護施設の例では、「晚霞老年アパート」は金牛区に、「成都市園縁老年アパート」は成都市成華区保和郷にある。これらの介護施設は「五環」道路の内側だが市の中心部からはやや遠く、公共交通機関の直通路線が少なく、非常に不便な場所にある。交通の便が悪いため、高齢者が外の社会活動に参加するにも、家族が高齢者に面会に来るにも大きな支障となっている。

入居条件では、民営の介護施設の多くが市場経済的な運用方式を採っており、基準別、段階別に介護サービスを提供している。例えば晚霞老年アパートでは、ベッド数は300で、デラックスルーム、スタンダードルーム、シングルルームの3タイプの間取りがある。3タイプの差は非常に大きい。デラックスルームの居住面積は64㎡におよび、テレビやエアコン、専用のトイレがある。3人部屋には専用のトイレとエアコンはない。というのは30㎡に3人が暮らすため、居住空間がかなり狭いからである。

受け入れに当たり、民営の介護施設には自主決定権があり、この点が公立の介護施設とは異なる。民設民営の介護施設については、そのサービスの方向性は完全に市場原理に基づくもので、施設の運営コストや利益の余地に従って選択される。晚霞老年アパートの例では、介護スタッフのサービスレベルが限られているため、主に一部要介護および自立可能な高齢者を対象としている。この点から見ると、同施設は要件が制限されているために本来とは逆の方向に向かっている。同施設が自立可能な老人を受け入れている比率は80%に及ぶ。同施設が提供するサービスは単一的で、主に簡単な介護、即ち主に衛生面や飲食の世話であり、特殊な医療介護は行わない。高齢者の入居料金基準は主に入居する部屋を基準としており、サービスの基準ではない。高齢者が契約して入居する際には、センターは健康状態について簡単な評価を行い、健康状態がセンターで受け入れられる状況でなければ他への転院を薦める。サービス料金の基準は、1人部屋は2,200~2,600円、2人部屋は4,500円である。独立した部屋を希望する場合は2人部屋の価格を支払えばよいが、施設は2人で入居する老人を選ぶ傾向がある。そうすれば同居者同士で見守ることができ、事故のリスクを避けられるからである。

資金の出所については、民営の介護施設は主に高齢者の入居費用が収入源である。現在、民設民営の介護施設は介護能力に限りがあるため、入居者は主にある程度自立生活が可能な高齢者である。したがって民営介護施設の収入の差はサービスレベルにあるわけではなく、施設のハード面、例えばアパートの造作やスペースの大小等にある。晚霞老年アパートでは、部屋のタイプによって価格が決まる。同施設の居室の基準は2人部屋と3人部屋で、料金は800~1,400円とまちまちである。特殊な習慣による独居の要望にも応えるが、標準的な2人部屋の料金となる。園縁老年アパートでも部屋別の基準で料金が決まる。デラックスルームは毎月3,000円、スタンダードルームは1,500円である。ベッド数に余裕がないため、通常は独居希望者を受け入れない。汪家拐社区老人センターは高齢者の介護状況別に料金を設定している。1級介護は1,710円/月、2級介護は1,890円/月、3級介護は2,070円/月である。3級介護の高齢者に所定外の介護費用が発生した場合は別途加算される。

支出の面では、民営介護施設の支出には3種類ある。第1は施設の運営費で、光熱水費、土地・建物の賃借料、スタッフの賃金が含まれる。近年の物価および人件費の上昇により運営費は介護施設の重要な支出項目となった。一部の民営介護施設は農民集団経済組織の建設用地を賃借して経営している。晚霞老年アパートは、もともとその種の用地を30年の期限で借りていたが、介護施設が完成した後で政府の用地計画が変更になったため、施設を閉めざるを得なくなり、付属設備の改修は施設の償却が終わる前にすっかり無駄になった。同施設は移転先でもやはり農民集団

経済組織の土地を借りて毎年数百万円の賃借料を払っており、大きな支出となっている。さらに政府の計画が今後調整される可能性があり、施設は自ら土地を所有していないため今後の長期的発展に影響を受けることになる。支出の第2は、施設および設備の維持管理費用である。民営介護施設の施設設備要件はこのところ改善がみられる。各部屋には一般的にテレビや扇風機、インターホン等の基本的設備が設置され、これら設備の維持管理費用が介護施設の2番目に大きな支出となっている。第3の支出は施設の発展に伴い発生する費用である。施設の拡大改築に向けて準備している施設があるが、これは施設の持続的発展を可能にするために重要な費用である。第4に、一部の施設では専門のソーシャルワーカーを雇い、カウンセリングやトラブルの仲裁等のサービスを行う可能性がある。こういった費用は公的介護施設では政府が負担し、公設民営の介護施設でも政府が負担するが、民設民営の介護施設では、その大部分が専門のソーシャルワーカーのサービスを導入するだけの財力を持っていない。

五、成都市老人介護施設のまとめおよび政策への提言

現在の高齢者介護サービスの構造においては、地域の在宅老人介護および施設での老人介護にはそれぞれの位置づけがある。しかし実際には、現在の成都市の介護施設は高齢者介護ニーズに対して大きく不足する部分がある。これはある種構造的に欠けている部分である。料金の高い民営介護施設では今なおベッド数に余裕があるが、料金が安い国営の介護施設のベッド数はまだ逼迫しており、満床状態のままほとんど空きがない。成都市政府の基準に従えば、地域の高齢者介護施設には30床以上のベッドが必要だが、一般的に各地域はその面積が狭く、30床の施設を建てられる地域は限られている。地域の介護施設が開設されれば、本来は2つの機能、即ち施設介護および居宅介護の責任を負うことになっている。施設では自立能力がない老人および一部要介護老人に介護サービスを提供するとともに、専門の介護チームが居宅介護サービスを地域全体に広げていくのである。しかし実際の状況では、一部地域の介護施設は居宅介護の利益が少ないため大部分のサービスを施設介護に回し、居宅介護サービスが十分に広がっていない。

(一) 地域の在宅高齢者介護サービスが直面する制度の試練

成都市は現在、地区の居宅介護サービスを第12次5か年計画に組み入れ、地域の介護施設建設に地方政府の評価指標を取り入れている。これらの措置は成都市が高齢者介護サービスを推進していく決心を表している。しかし地域の居宅介護サービスが適切に拡大していくか否かは、決して施設の建設が進んでいるかどうかにあるのではなく、地域の人々の要望をベースにした介護サービス制度を構築できるかどうかによるところが大きい。伝統的に、中国の高齢者にとっては居宅介護が最も理

想的な選択である。地域での高齢者介護の核心は「地域」にあるのみならず、さらに、地域という中枢を通じて介護のための資源を住民家庭にもたらさねばならない。

成都市の既存ミニ介護施設の拡大状況を見るに、ミニ施設の発展の方向性は明らかにまだ定まっていない。こういった不明確さの原因は、政府の行政色が強すぎることにある。高齢者介護サービスが政府の評価指標を取り入れてから、各級政府は自ずと目標達成に全力を傾けた。これまでの分析で、ある相互矛盾の問題を発見した。1つは成都市が繰り返し強調する「施設の民営化」である。「公設民営」のミニ介護施設の建設において、文字通り、また施設の民営化という性質を強調するにおいても繰り返されているが、施設の入札選定から、ミニ介護施設の運用の方向性、政府の全力投入までを見ても、政府は一向に介護サービス市場から出て行かない。新たな政府の綱領的文書では行政色がさらに強められ、施設数やベッド数等の具体的な指標が規定されており、トップダウンの選手権大会的な施設建設が増えこそすれ減ることはない状況になっている。それゆえ我々はいくつかの県級地域で気付いたが、このような施設が建てられても、正常に運営できるかどうか大きな問題なのである。

地域介護サービスの重点は制度を広めていくことにある。だが地方政府はこの点について明らかに革新性に欠けている。言い換えれば、制度の構築に政府が参加していないのである。この政府不在がもたらすかもしれない結果の1つは、民間施設の短期的な利益追求である。政府が導入する民間施設は、市場で様に経営収入を得て存続を維持する必要がある。異なるのは、政府が彼らのために市の中心部でより優れた舞台を作ることである。この舞台が完全に市場化された環境で運営されるようになると、都市部の低所得高齢者は不可避免的に排斥され、政府の初志と相反することになる。

地区の介護サービスは一体どのような制度を構築すればさらに効果を上げられるのか、今のところこれとって統一的なモデルはない。それぞれの地域の自然や社会、経済条件はまちまちで、一刀両断に解決する制度モデルはあり得ない。政府が地域に民間組織を導入するという点は、福祉国家の「福祉ミックス論 (public-private mix of welfare provisions)」にあたるが、組織を導入するのは第一歩であり、さらに重要な一步は政府がいかに資金を調達してサービスを購入するかにある。先進国では公共サービスを民営の非営利組織の手に委ねると同時に、政府の社会的支出は縮減することはなく、新たに資金調達制度を構築し、その資金で中間支援組織を通じサービスを買う。例えばアメリカのブルークロスやブルーシールド協会は、消費者を代表してサービス機関と交渉する一方、資金は主に地方政府が調達している。

東南アジア諸国の中では日本の介護保険制度も積極的な参考となる。日本政府は高齢化に対応するため 2000 年から同制度を実施している。政府が国家の税収から

50%の保険料を支払い、高齢者がサービスを得やすくする。介護保険制度を順調に進めるため、日本は制度実施に先立ち専門の社会福祉法人とケアマネジャーの育成を始めた。それぞれの組織が制度を構成する重要な一部であり、サービス提供機関は社会福祉法人でも政府が認定した地方公共団体でもよい。高齢者に介護サービスが必要になれば、市町村に申請し、市町村がケアマネジャーの意見を聞いたうえで介護認定審査会が介護等級等の認定を行う。このように綿密な日本の介護保険制度は、介護保険に表れているだけでなく、事実上老人の介護体系を再構築しており、同制度によってこの制度体系が順調に回っていることがわかる。

日本の介護保険の資金調達方法

介護保険の資金調達方法は主に2つある。1つは国家の税収から50%、そのうち中央政府が25%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%を負担する。その他の50%は個人が負担する。65歳以上が支払うのは保険費用の20%で、年金から直接90%（90%×20%）を差し引く。年金のない高齢者は自治体に10%（10%×20%）の保険費用を納める。40～64歳は個人の社会保険費から差し引き長期介護保険の基金として利用する（30%）。

保険費用総額は各市町村がその財源に基づき定める。市町村の税収が十分であれば保険費用の水準を引き上げてもよく、税収に占める割合を引き上げてもよい。今の日本の介護保険の特長は、「税収+保険金」の形をとることで保険財源の安定を保証している点にある。保険制度の基本的な目的は65歳以上の人々が保険サービスを得られるよう保証することである。保険費用の納入システムを見ると大部分が年金や社会保険から直接差し引かれるため、10%の低所得者が直接支払う以外は直接集金に関わることがない。

（二）施設の高齢者介護サービスが直面する試練

成都市政府の「90-7-3」計画（2020年までに高齢者の90%が在宅で、7%が地域で、3%が施設で介護を受けるようにする計画——訳注）によれば、最終的に施設に入る高齢者は僅か3%である。そうすると施設介護は、実際には介護サービス体系全体において居宅介護と地域での介護の補助的な役割となる。成都市の既存介護施設が直面している主な問題は、介護施設の機能の定義と制度革新の問題である。

政府が運営する高齢者介護施設は、政府が資金を調達し運営してきた。それはかつての「事業単位制」の運用方式であり、政府の負担が重かった。今後、政府は現在の「公設民営」手法に従い、民間組織を導入して経営を行っていく。しかし問題は、民間組織を導入した後、政府の責任はどこにあるのかということである。引き続き都市部の「三無」・「五保」老人を扶養することだろうか。農村区県の財政が負担する公立の介護施設はどうなるのか。これらの問題にはいずれも制度的に答えな

なければならない。中国西部の現在の発展状況からいえば、完全に市場原則に従って運営すると、公立の施設はその福祉の本質を失ってしまうかもしれない。一方、行政色の強い方法によって既存の福利院の管理を続ければ、管理が硬直化して赤字となる。特に県級政府は厳しい状況にある。伝統的に市級財政は市の公立介護施設の負担のみで、農村部の介護施設は県級財政が負担しているが、県級政府は三級財政の中で税収が最も少なく、県の発展自体さえ困難であり、農村部の介護施設を発展させるのは、その気があっても力が及ばない。どうすれば民間組織を導入すると同時に都市部と農村部の低所得老人の介護サービスを引き受けることができるか。これはすぐにも制度上の改革を進めなければならない難題である。単純に政府の資金投入方式を変えるだけで、資金投入の主体が「施設」に集中したままであれば、低所得の高齢者グループは結局公立施設の外に排斥されてしまう可能性がある。

民営の介護施設に対して、政府はこれまで厳しく参入を制限し、「民営非営利」として登録した施設だけが介護サービスを許可された。第12次5か年計画以降、政府は民営施設の介護サービス市場への進出を奨励し、民営介護施設は空前の拡大余地を獲得した。また正にそのために、多くの利益追求型企業が介護サービス業に進出してきたのである。我々の調査によれば、これらは決してサービス業を本業とする企業ではないばかりか、中にはコンピュータを扱う企業まで含まれている。現行政策に縛られるため、大多数の民営介護施設が「民営非営利」と登録しているが、価格から見れば、民営介護施設の料金はいずれも住民の平均所得レベルを上回っており、利益を求めているようである。いかにして政府の政策計画で民営企業の介護サービス市場への進出を推進し、介護サービスの民営化を進めると同時に、限りある政策資源で錦上に花を添えるのではなく、限りある資源を援助の必要な弱い立場のグループに使えるようにできるか。これは比較判断を要する政策的選択である。

(三) 成都市高齢者介護サービスへの提言

成都市の既存の地域密着型居宅介護サービスおよび施設介護サービスに存在する問題について、本研究は、成都市政府は今後数年のうちに、少なくとも次の各方面において高齢者介護サービス政策をさらに強化すべきと考える。

第一に、政府は、政策支援の対象を介護サービスの提供者から需要者へと転換することである。民政部門が社会福祉の民営化改革を発表してから、各地方政府は民間の介護施設への優遇政策に重点を置き始めた。しかし調査してみると、政府の政策支援には2つの欠陥があることがわかった。まず、政府は公設民営の介護施設のインフラ設備への補助に最大の力を入れながら、その他の民営介護施設への補助が不足または皆無である。このような政策の方向性では、事実上ますます多くの民営施設が政府の政策支援に頼ることになり、民営介護施設が自ら発展する力を失う。また民間の介護施設に個別に対応することは一部の施設のレントシーキングを招く危険性があり、民間施設の正しい発展を妨げる。そのため今後の政策において、政府は異なるタイプの介護施設への補助政策を発表し、介護施設の支援に公平、公正

の原則を徹底するべきである。次に、現在の介護サービス政策による支援の重点は施設に置かれており、この点に客観的原因が存在する。中国の介護サービス施設は歴史的な理由で発展が遅れていたため、政府が踏み込んで高齢者サービス施設の成長を支援する必要がある。しかし政策が一方に偏ったままでは施設の拡大とサービスへのニーズとの差がますます大きくなる。調査によれば、現在は公設民営の施設でも民営施設でも、その入居料金の水準はいずれも 3,000 元前後である。これは一般の賃金レベルでは望んでも到底得られない老人サービスであり、このままの状態では、施設に入り高齢者サービスを受けられるのは高収入の退職老人グループばかりとなる。そのため政府は今後、低所得の高齢者グループをいかに政策的に補助し、彼らが介護サービスを必要とする時に必要な代価を支払えるようにするかについて重点的に研究するべきである。

第二には、法律を整備し、介護サービス業の標準規格を定めることである。既存の社会福祉施設はどう分類されるのか、現在の政策や法規ではまだはっきり線引きされておらず、施設の運営や管理方法も曖昧である。そのため既存の社会福祉施設は玉石混交で、社会福祉面で十分に効果が出ず、政府の政策資源が騙し取られるといった現実的な問題を招いている。今後、社会福祉施設の発展に伴い、政府はできる限り速やかに福祉施設に対する法整備を進めて対応すべきである。次に、介護サービスはリスクの高い業種であり、老人介護施設にリスクが生じた場合、政府もなにがしかの措置を講じ、介護施設が良い方向に発展するよう保護すべきである。高齢者家族と老人施設の間トラブルが生じた場合、公正で効力をもった責任評価システムは今まだ存在しない。これは、今回調査した全ての介護施設から提起された問題である。さらに、高齢者介護サービスに対して標準化された管理および監督を行うべきである。高齢者サービス施設のサービス料金とその基準は非常に独断的で、業界の協会などによる自己規定がない。政府は民間の高齢者介護施設業者が業界組織を形成し、業界自身が監督し、介護サービス業が良い方向に発展する環境整備を推進するべきである。

第三に、高齢者介護サービスの専門的人材の育成を急ぎ、介護サービス人材の地位と所得レベルを引き上げることである。現在、全ての高齢者介護施設が専門的人材不足の問題を抱えている。公立の介護サービス施設であっても、介護スタッフ全員を有資格者でそろえることは不可能であり、民営の施設にとってはさらに不可能である。介護施設の現在の人材不足問題は、施設自身の選択問題であるばかりではない。それよりも一大社会問題なのである。高齢化が進むほど、介護の人材不足も明らかになってくるだろう。介護サービスの人材育成において、政府には複数の課題がある。その 1 つは、高齢者介護の専門課程を設けている大学が非常に少ないことである。たとえ専門課程があっても、いずれも形式的な授業や訓練で、現場での実地経験が欠けている。これが、介護サービス人材不足の発生源である。2 つ目は、現在の職業分類では高齢者サービスはサービス業に分類されていることである。こ

これは家政婦等の業種と同じ分類であり、介護サービス人材の職業的地位や声望への客観的評価が低いため、専門の人材が他の分野に移ってしまうこともある。3つ目は、介護サービス施設自身がまだ発展途上であるため専門の介護サービス人材に高給を支払うことができず、それもまた人材の大量流出につながっていることである。今後数年の予測からみて、高齢者介護の人材不足は長期間続くだろう。政府に求められているのは、高齢者介護サービスの人材育成や職業配分、編成等の面に政策を傾注し、介護サービス人材が持続的に増えていくよう奨励することである。

西安市の高齢化・高齢者介護調査報告

張文博 劉雨龍

本報告書は、西安市の高齢化に関わる問題について行った文献整理と西安のJICAプロジェクトサイト——陝西工運学院高齢者向けサービス・管理学部への訪問をもとに作成し、次の7章を含む。第1章——西安市の高齢者人口の概況、第2章——西安市高齢者事業の発展と介護サービスの概況、第3章——西安市の施設介護の概況、第4章——西安市の在宅介護の概況、第5章——西安市の地域密着型介護の概況、第6章——西安市JICAプロジェクト対象地の紹介、第7章——研究による発見と政策提言を含めた本報告の結論。

一、西安市の高齢者人口の概況

西安は陝西省中部の東寄りにあり、陝西省の省都、副省級市である。また、中国西北地区で最大の都市でもある。西安市は9市区（碑林区、蓮湖区、雁塔区、灞橋区、未央区、閻良区、臨潼区、長安区、新城区）^①、4県（藍田県、高陵県、戸県、周至県）、782の社区（地域）、2,991の行政村を管轄する。管轄区の総面積は1万108平方km、市区の計画面積は865平方km、そのうち市中心区の計画面積は490平方km、都市の既成市街地の面積は415平方km。2013年末時点で、西安市の常住人口は858万8,100人で、そのうち戸籍上の人口は806万9,300人に上る。男女別で見ると、男性人口は440万9,800人で全体の51.3%を占め、女性人口は417万8,300人で、全体の48.7%を占める。都市部の人口は618万7,700人で全体の72.05%を占め、農村部の人口は240万400人で、全体の27.95%を占める。^②

西安は全国でも早期に人口高齢化に突入した都市の一つである。2000年、西安市の60歳以上の高齢者人口が全市の人口に占める比率は10%を超え、国連が発表した高齢者基準に達した。2000年と2010年の2回の国勢調査のデータから、西安市の人口構造はここ10数年で大きく変化した。一方で、人口の自然増加率が緩和し、自然成長率が低水準に留まっている。2000年から2010年にかけて西安市の人口の年間平均伸び率はそれ以前の10年間の人口平均伸び率を0.43ポイント下回り、人口は17万5,500人減少した。^③年齢構造をみると、全市の0～14歳の人口は109万1,300人で、市の総人口の12.89%を占め、全国平均（16.61%）を大きく下回る。第5回国勢調査のデータと比べて、この比率は9.38ポイント低下し、出生率は比較的 low 水準を維持し

^①通常、都市圏をめぐって市街3区（碑林、蓮湖、新城）、近郊3区（灞橋、未央、雁塔）、遠郊3区（閻良、臨潼、長安）に区分される。

^②西安市統計局 「西安市2013年国民経済・社会発展統計公報」、2014年3月

^③李利民 「西安市第6次人口普查公報解読（西安市第6回国勢調査公報を読み解く）」、西安人口網 (<http://www.xianfp.gov.cn/index/catalog58/10539.aspx>)。

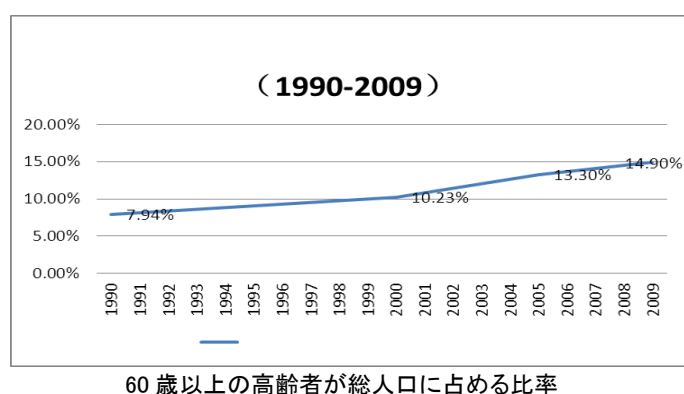
ている。他方で、人口高齢化の度合いは強まり、速度がエスカレートしている。西安市の常住人口の中で65歳以上の人口は71万6,400人で、全市の総人口の8.46%を占め、全国平均（8.87%）を0.41ポイント下回る。ただし、以下の特徴に注目されたい。①第6回国勢調査のデータからみて、西安市の労働適齢人口の比率は大幅に上昇しており、この部分が高齢者人口が総人口に占める比率を相殺している。②第5回国勢調査のデータに比べて、西安市の65歳以上の高齢者人口の比率の伸び幅（1.99ポイント）は全国平均（1.91ポイント）を上回る。以上から、西安市の高齢化が深刻化していることが分かる。さらに、発展動向からみて、現在急増中の労働適齢人口の比率は将来急増する高齢者人口の比率に変わるため、西安市の高齢化は将来的にさらに深刻化するであろう。

西安市の人口高齢化には主に次に掲げる特徴を呈している。

（一）高齢化の進行が速い

西安市の60歳以上の高齢者人口は1990年時点で49万500人で、市の総人口（617万9,500人）の7.94%であった。2000年は74万3,900人で市の総人口（741万1,400人）の10.23%で、そのうち65歳以上の人口は46万8,400人で、同6.32%を占めた。2005年の人口サンプリング調査によると、全市の60歳以上の高齢者人口は108万2,000人に達し、市の総人口の13.3%を占めた。2009年、全市の60歳以上の高齢者人口は125万8,600人で、市の総人口の14.9%を占めた。2010年、65歳以上の高齢者人口は71万6,362人で、全市総人口の8.46%を占めた。^①現在、西安市の高齢者人口は毎年3%の速度で伸びており、2040年にはピークに達し、西安市の60歳以上の高齢者人口は全市総人口の30%を占める見通しである。^②高齢者人口構造の変化からみて、西安市の高齢化のペースは比較的速く、人口高齢化の急上昇期に入っている。

図 1-1 西安市の高齢化の伸び率



^①西安市統計局 「西安市統計局關於第五次全國人口普查主要數據公報（西安市統計局第5回国勢調査の主要データ公報）」、2001年「西安市2010年第6次人口普查主要數據（西安市2010年第6回国勢調査の主要データ）」、2011年5月25日

^②程慧（記者）、「西安57.2%老年家庭空巢 人口老齡化增速（西安の57.2%の高齡者のいる世帯が独居世帯 人口の高齡化が加速）」、「西安晚報」、2011年6月16日

（http://news.xiancn.com/content/2011-06/16/content_2464689.htm）、司文（記者）、劉堯英（実習生）、「西安今年起進入急劇老齡化段階 2020年人口破千萬（西安は今年から高齡化の急成長期へ 2020年の人口は1,000万超へ）」、「西安晚報」、2010年9月2日（<http://news.hsw.cn/system/2010/09/02/050620088.shtml>）。

(二) 高齢化の度合いが高い

全国や陝西省の高齢化率に比べて、西安市の高齢化はいずれも高い水準を示している。西安市の60歳以上の高齢者人口が市の総人口に占める比率について、全国平均と比べると、2000年末時点では0.3%高く、2004年末時点では1.8%高く、2009年末時点では1.55%高かった。西安市の高齢者人口の1982～1990年における年間平均伸び率は陝西省全体に比べて1.13ポイント高く、1990～2000年は1.18ポイント高かった。^①

(三) 高齢者人口における高年齢化の伸び率が高い

国際連合教育科学文化機関（ユネスコ）の区分によると、60歳以上の高齢者人口はさらに低年齢高齢者（60～69歳）、中年齢高齢者（70～79歳）、高年齢高齢者（80歳以上）に区分できる。人口平均余命の伸びに伴い、高齢者人口は高年齢化の傾向にあり、高年齢化の比率が高まるほど、高齢者介護の負担も重みを増している。西安市の人口の高齢者構造は高年齢化していると同時に、高齢者人口も高年齢化に向かっている。西安の1982年、1990年、2000年の高齢者人口はそれぞれ1万3,400人、2万9,400人、5万5,800人で、全国の高齢者人口に占める比率はそれぞれ3.43%、5.96%、7.49%と高年齢化の比率が明らかに上昇している。2010年末時点で、西安市の80歳以上の高年齢高齢者は14万7,700人に達し、全市の高齢者総人口の11.38%を占めた。そのうち、農村の高年齢高齢者が農村の高齢者総人口に占める比率はすでに12.3%に達している。2000～2010年、全市の高年齢高齢者人口は9万1,900人増え、年間伸び率は10%を超えていることから、西安市において高齢者人口の高年齢化の度合いが高く、伸び率が高いことが分かる。

表1：西安市における高年齢高齢者人口の比率（1982～2010）

年	80歳以上の高齢者人口	80歳以上の高齢者人口の対全市高齢者人口比
1982	1万3,400人	3.43%
1990	2万9,400人	5.96%
2000	5万5,800人	7.49%
2010	14万7,700人	11.38%

(四) 高齢者のいる世帯の独居化が深刻

第6回国勢調査のデータによると、西安市の1世帯あたりの平均人口は2.95人に縮小し、2000年の第5回国勢調査時の1世帯あたり平均3.40人より0.45人減少、全国平均（3.10人）と陝西省全体の平均（3.22人）を下回っている。1世帯あたりの平均人

^①梁木、梁海霞共著 「投資西安民営養老機構的可行性分析（西安における民間老人介護施設への投資に関するF/S）」、「西安郵電学院学報」，2010年第4期、第53ページ。

口が大幅に縮小している主な原因の一つは、労働力の大量移動による独居老人世帯の大量発生と止まらない増加であり、独居化が西安の高齢者のいる世帯の際立った特徴と化している。統計によると、2010年末時点で西安における独居高齢者世帯は高齢者のいる世帯全体の57.2%を占め、全国平均（56.1%）を上回る。関中（陝西省渭水盆地の西安を中心とした一帯——訳注）文化帯において貫かれてきた「父母在せば遠く遊ばず」の慣習が固く守られているとはいいきれない。

二、西安市における高齢者事業の成長と高齢者介護の現状

西安市は比較的早くから人口高齢化に突入したとはいえ、社会・経済の成長段階、成長水準のほか、西安市の古くからの高齢者介護方式、高齢者に対する介護の考え方や生活状況の制約を受け、高齢者事業への着手が遅れており、高齢者介護サービス体系の整備がまだ始まったばかりの段階にある。しかし、着手が遅れたことは西安市の高齢者介護の成長にとって、却って全国各地の優れた経験から幅広く学び、それを吸収できるという優位性をもたらした。西安市の高齢者事業と高齢者介護に対する着手は遅いが、出発点は高いといえる。

西安市には現在、その社会・経済の成長水準に釣り合う形で、広範囲で、最低限を保証し、多層的で、かつ持続可能性のある高齢者の社会保障体制の基本が出来上がり、その高齢者介護体制は「在宅介護を基本に、地域をよりどころに、施設を支えにする」と概括できる。第11次5か年計画期において、全市に65か所の在宅介護サービスのパイロット事業地、3か所の在宅介護サービス情報センター、5か所の県級地域保健サービスセンター、34か所の街道地域サービスセンター、204か所の地域サービスステーション、73か所の地域保健サービスセンター、77か所の地域保健サービスステーション、108か所の郷・鎮衛生院、2026か所の甲級村衛生室が整備されたほか、62か所の福祉施設、4か所の県級「五保」^①扶養センター、19か所の郷・鎮「五保」集中扶養センター、11か所の心のケア（中国語は「愛心」——訳注）介護事業拠点が開設・運営されている。

高齢化が加速し、その度合いが深まるにつれ、高齢者社会の特徴も日増しに顕著になっており、社会における高齢者介護の需要と高齢者事業の後進性のギャップも深刻化している。現在、西安市の高齢者事業は人口の高齢化、高年齢化、独居化の加速、生活自立のできない高齢者の急増、高齢者介護の需給不均衡などの厳しい情勢を迎えている。高齢者事業をめぐるさまざまな課題に前向きに対処し、西安市の

^①「五保」とは高齢者、障害者、16歳に満たない者で、労働能力がなく、収入源がなく、法定の扶養義務者がいないか、またはその法定の扶養義務者に扶養能力がない場合、衣食住、医療、葬儀に関して得られる生活支援と物資的援助を指す。

高齢者介護のレベルを包括的に高めるため、「西安市高齢者事業『12・5』計画」の中で第12次5か年計画期の西安市における高齢者事業の全体的配置、発展の方向性、発展の目標、基本原則、主な活動が掲げられた。計画によると、「介護サービスの民営化を重点として優先し、家庭と地域社会の役割発揮に力を入れ、高齢者介護サービス事業、産業の育成・発展に取り組む」、「在宅介護と施設介護の連携を徹底する。家庭と地域社会の役割を生かし、在宅介護の地位を固める」、「在宅介護を基本に、地域をよりどころに、施設を支えにする社会介護体制を構築し、さまざまな形式が並存する新しい介護サービスモデルを模索する」といった方針を定め、「配置を合理化し、機能を充実化し、サービス能力を向上させる」という介護サービスの構図がほぼ形成された。

西安市は2011年以後、社会保障体制の健全化、高齢者の社会保障政策の徹底を重点とし、社会保険、社会救助、社会福祉を基盤とし、基本的な介護、基本的な医療、基本的な住宅、基本的な生活保障を重点とし、慈善事業、商業養老保険で補完する高齢者社会保障制度の整備に取り組んでいる。2012年、西安市政府は、「關於加快推進社会養老服務体系建設的实施意見（民間による介護サービス体系推進の加速に関する実施意見）」を公表し、家庭と地域社会の二つの資源を動員し、在宅介護と施設介護の双方の長所を取り入れた地域密着型の在宅介護方式の推進と同時に、高齢者介護市場の育成を狙い、在宅介護の支援体制を重点的に整備し、高齢者デイケアセンター、託老所、高齢者活動センター、互助式高齢者介護センターなどの地域密着型介護施設および地域密着型総合サービス施設の整備を推進する方針を掲げた。さらに、2015年まで「万全な制度、健全な組織、適度な規模、良好な運営、優良なサービス、行き届いた管理監督、持続可能な社会介護体制をほぼ形成する」目標を立てている。2013年、西安市は100の地域において家族介護と社会介護の取り組みを開始したほか、碑林区、蓮湖区、未央区のやり方を広め、高齢者介護の救助系統と救援系統を推進した。また、西安市民政局、市財政局は、健全な社会介護体制づくりを促進するため、在宅介護、地域密着型介護、施設介護、農村介護に関する内容を網羅する「西安市特困失能老人生活護理補貼管理办法（西安市の特殊な貧困家庭における生活自立のできない高齢者の生活介護手当管理規則）」、「西安市養老機構等級評定及運営奨励办法（西安市老人介護施設格付け・運営奨励規則）」、「社会力量興办養老機構建設補助资金管理（暫行）办法（老人介護施設を設立するソーシャルパワーへの補助金资金管理（暫定）規則）」、「西安市社区居家養老服務運営奨励办法（西安市の地域密着型介護サービスの運営奨励規則）」、「西安市農村養老服務和幸福院運営奨励办法（西安市農村部介護サービス・幸福院（国または集団が運営する、身寄りのない高齢者を対象とする宅老所——訳注）の運営に関する奨励規則）」の5つの関

連文書を公布した。

2013年、西安市において保険に加入した都市部・農村部住民は通年で248万2,100人に上り、全体の保険加入率は99.82%に達した。また、新規の高齢者介護用ベッド2,500床を増設し、農村部に40か所の農村幸福互助院（農村住民を対象とした高齢者相互援助ホーム——訳注）と100か所の高齢者食事サービスパイロット事業地を建設し、100か所の地域、100か所の村での高齢者介護パイロット事業を遂行した。全市の65歳以上の高齢者のうち45万8,000人が健康診断を受け、生涯カルテが整備された。全市の20か所余の新規住宅団地プロジェクトは監査時において、付帯の高齢者福祉サービス施設と活動用敷地を整備することを義務付けられた。2013年10月29日、全国人民代表大会内務司法委員会は「中国高齢者事業発展『12・5』計画評価体制」をもとに西安市の検査を実施した。全国高齢事業委員会の評価体制の6科目、23項目の指標の要件をもとに、西安市の必達とされる6行動指標は中期的な進捗で達成した。そのうち5項目は繰り上げて達成し、努力目標とされる17成果指標は宅老所の介護員の職務資格証書所持率が標準を下回った以外、その他の16の指標はいずれも中期的な進捗で完全に達成した。「12・5」期末時点までに、西安の各街道、郷・鎮に1つの地域密着型総合サービスセンターを整備し、都市部地域密着型介護センターまたは託老所を450か所以上新設する見通し。

三、西安市における施設介護の概況

（一）政策的措置

2008年の「西安市人民政府關於加快實現社会福利民營化的實施意見（西安市人民政府、社会福祉の民營化の促進に関する實施意見）」は、全市の各種福祉施設の数、とりわけ高齢者向け福祉サービス施設の増設を求め、所有制の形式を問わず、老人介護施設のベッド数を高齢者100人あたり2床以上にするよう求めた。同「意見」では、「社会福祉施設を設立するソーシャルパワーを奨励・支援し、新設した福祉施設の都市部6区内においてベッド1床毎に一括補助金3,000元を与え、都市部6区外において同補助金2,000元を与える。福利宝くじ公益金が補助金支給の60%を負担し、市財政が40%を負担する。運営開始済みの民間投資による福祉施設について奨励制度を実行する。総合評価を通じて、3つの奨励クラスを設定し、延べ人数毎にそれぞれ50元、40元、30元を奨励し、年末に統一的に算定し、市財政が審査の上拋出する。税金、建設資金、土地使用、手続などに関しても、福祉施設に対して企業所得税の徴収を一時的に免除する、新規の老人介護施設の公共インフラの付帯設備建設費を減免するなどの優遇措置を提起した。」と記述されている。また、2009年の「西安市人民政府關於加快發展養老事業的意見（西安市人民政府、高齢者介護事業

発展の加速に関する意見」では、市、区・県の老齡工作委员会弁公室の審査を受け、承認されたメンタルケア職員について、一部要介護、完全要介護のベッド1床毎にそれぞれ毎月60元、80元の補助金を支給すると定められている。

2013年8月、西安市民政局と西安市財政局が下達した「西安市老人介護施設格付け・運営奨励規則」において、老人介護施設とは、国、社会組織、個人その他の社会組織が開設した、西安市に戸籍を置く高齢者、精神障害者に養護、寄託、リハビリ介護などのサービスを提供する施設であると定義された。同「規則」によると、西安市の民政部門は、老人介護施設に対して1年に1度格付けを行ったうえで、老人介護施設の運営を奨励し、福祉施設の運営管理を促進するために、市財政から運営奨励特別資金を割り当てる。格付け評定を申請する老人介護施設は運営期間が1年以上で、民政部門から正式な許可を取得し、民間非企業事業体として登記されていなければならない。「規則」では、格付けは所定の条項に即して行い、1級を最高として、1級、2級、3級に分けられ、サービス、管理、施設、設備の4つの方面とそれらの総合によって評価する。そのうち、サービスは食事、介護、リハビリ医療から評価し、管理は証書、職員の配置、制度から評価する。また、施設が実際に受け入れた高齢者の身体状況、人数、入居時間を踏まえて、施設に対する運営奨励を行う。評定において、全く生活自立ができない高齢者、一部要介護高齢者、セルフケアが可能な高齢者をはっきりと区別し、以下の奨励細則を設けている。

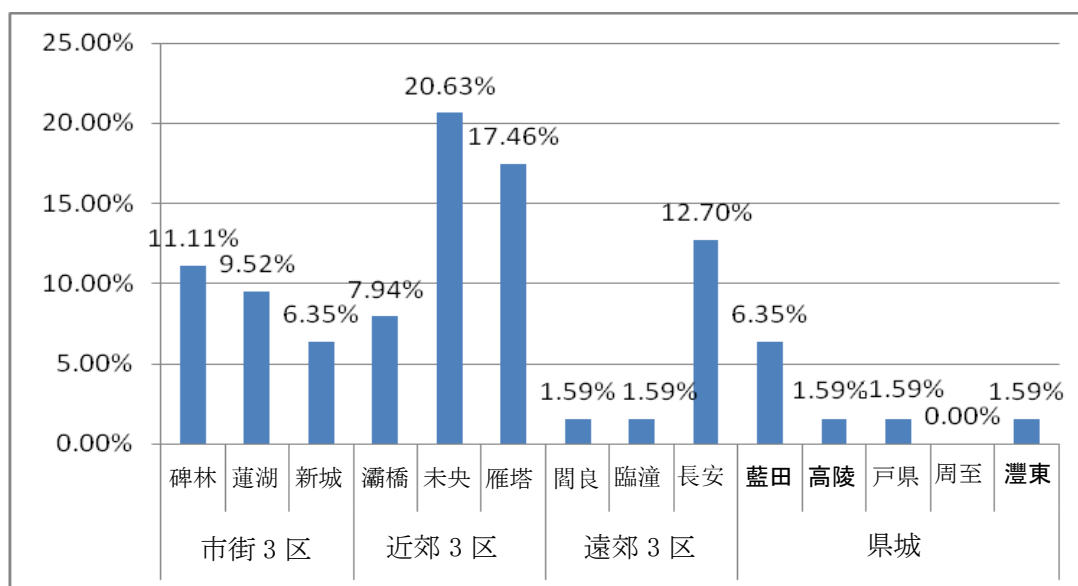
第十四条 老人介護施設は、西安市に戸籍を持つ高齢者（満60歳以上）1名を受け入れ、入居期間1か月を満了したとき、延べ1人受け入れたものとする。セルフケアが可能な高齢者、一部要介護高齢者、全く生活自立ができない高齢者を受け入れた場合、1級介護施設については、それぞれ延べ人数あたり50元、70元、90元の奨励金を与える。2級介護施設については同40元、60元、80元の奨励金を与える。3級介護施設については同30元、50元、70元の奨励金を与える。

（二）施設介護の現状

「11・5」期末時点において、西安市全体で運営されている福祉施設は62か所。施設の地理的配置をみると、29か所は近郊3区（灊橋区、未央区、雁塔区）にあり、総施設数の46%を占める。17か所は主として市街3区（碑林区、蓮湖区、新城区）にあり、総施設数の27%を占める。10か所は遠郊3区（閻良区、臨潼区、長安区）にあり、総施設数の15.9%を占める。その他6か所は西安市が管轄する藍田県、高陵県など（表3-1参照）の県政府所在地にある。老人介護施設が郊外に集中している

のは、一方では敷地に余裕があり、環境が居住に適しており、高齢者産業のスケールメリットを形成している。他方で、高齢者の需要と子供の需要からみて不足点も指摘されている。中心部の介護施設は敷地が狭く、ベッド数も少なく、高齢者が急増する中でその介護需要を満たせない面があるが、郊外の介護施設は条件が良く、費用が高額であるため、家庭への過度の経済的負担をもたらす。高齢者介護の需要、とりわけメンタル面の需要からみて、郊外での居住は高齢者と子供の心の交流にとっては不利で、社会的な交流も恐らくは乏しくなってしまう。

表 2： 西安市各地域の老人介護施設の分布 (%)



出所：西安養老院データ統計-2010-百度文庫

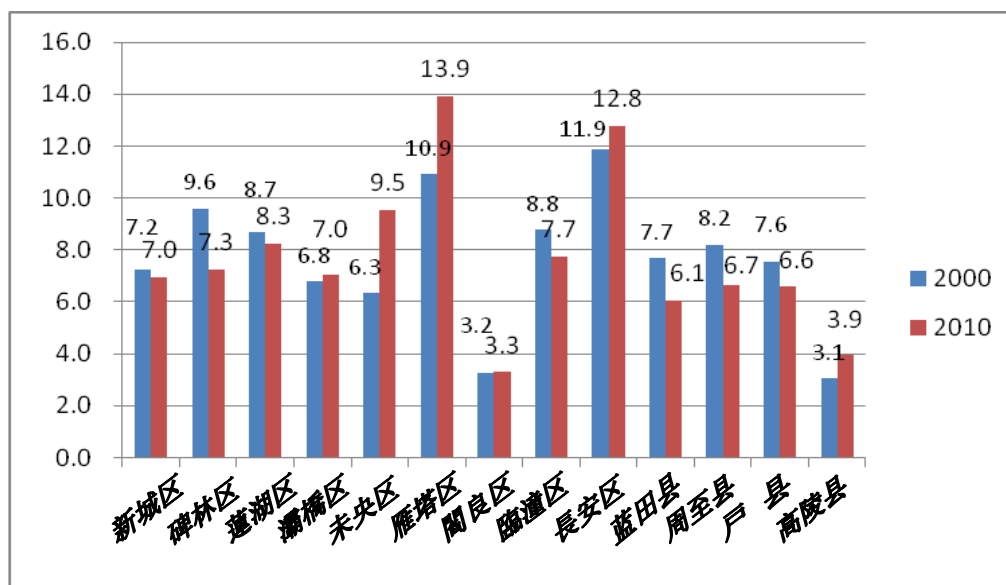
http://wenku.baidu.com/link?url=IcmHBo0z7whYbdPIng1KbdvWomA11R4gdPZRdGSe5Jfi6Ws tvl8g5s8Ns8v1EY1k2Icwzy3H21DHERf0yAkkaJhIY9DSXwC_2kgTtojx6fa

2000年の第5回国勢調査と2010年の第6回国勢調査のデータを踏まえると、西安市各地域の人口分布は2000年においては長安区が最多で11.9%、次いで雁塔区10.9%、碑林区9.6%と続く。しかし、2010年になると、雁塔区が13.9%と首位を占め、伸び幅も3ポイントと最大である。長安区は12.8%とそれに次ぎ、第3位は未央区9.5%。人口分布と老人介護施設の配置を対比させると、人口増加の速度が速く、人口の比率が高い雁塔区は老人介護施設も高い比率で集中しており、長安区、未央区も同じような状況を呈している。西安市の人口分布は現在、都市の中心部から経済新興エリアや郊外に広がる傾向がある^①。老人介護施設の分布もこの傾向に当てはまっているが、高齢化問題がもたらす困難の緩和につながるか、高齢者介護の需要解決につ

^①李利民 「西安市第6回国勢調査公報を読み解く」、西安人口網 (<http://www.xianfp.gov.cn/index/catalog58/10539.aspx>)。

ながるかはさらなる考察が必要である。

表 3-2 西安市各地域の人口比較図（2000～2010 年）（%）



出所：西安市统计局：「西安市 2010 年第 6 次全国国勢調査主要データ公報[1]」、2011 年 5 月 25 日。

老人介護施設の性質は従来より、その資金源によって公営施設、民政部門に登録した民間非企業の介護施設、工商部門に登録した民間非企業の介護施設に分けられ^①、これら施設は福利的性質を持つ社会介護を担っている。2010 年の西安市老齡工作委员会弁公室、市社会科学院社会学所による西安市の老人介護施設の調査研究と陝西省の民間老人介護施設リストの統計によると、2010 年 4 月末時点で、全市で運営されている老人介護施設の数 は 63 か所で、そのうち民営施設は 34 か所で総施設数の 59.6%を占め、公営施設は 23 か所で総施設数の 40.3%を占める。その他 6 か所の性質は不詳。民営施設の数 は公営施設を抜いている。また、民営施設の入居者は 2927 人で、介護施設に入居する高齢者数の 74.8%を占め、施設介護を受ける高齢者の主体部分となっている。報告によると、それは恐らく、民営介護施設のサービス対象は生活機能障害や認知障害を抱える高齢者が中心で、高度なサービスと行き届いた生活介護が現在の高齢者層の需要により適していることによる。

料金をみると、農村部の「五保」対象高齢者を専ら受け入れる敬老院（高齢者ホーム——訳注）や福利院（福祉施設——訳注）は料金を徴収せず、国家財政から支払われる。その他の公営施設、民営介護施設は料金を徴収することで運営を維持している。游華麗（2011）は、高齢者の生活自立の度合いにより、老人介護施設の料金を生活自立可能型、一部要介護型、要介護型、要特殊介護型に分けた。一般的に

^①趙婷婷著「我国養老機構的地位、性質及運作方式研究（中国の老人介護施設的地位・性質・運営方法に関する考察）」、「社会工作」、2012 年第 5 期。

いって、生活自立可能型の高齢者の料金は1人あたり月700～1,000元、一部要介護型は同900～1,500元、要介護型は1,000元以上、要特殊介護型は1,500元以上で、実際には介護施設の立地先やサービス内容によって変動する。西安市の2011年度の国民経済社会発展統計公報によると、全市の都市住民の1人あたり平均可処分所得は2万5,981元で、月間収入は平均2,758元である。陝西省統計局のデータによると、2011年1月から9月にかけて、都市住民の世帯の1人あたり平均可処分所得は1万8,727元、月間可処分所得はわずかに平均1,560元にとどまる。2011年のデータでみる限り、一般の家庭に介護施設への入居が必要な生活自立のできない高齢者がいる場合、介護施設の入居費用は家庭にとって大きな負担となる。

老人介護施設の入居者受入状況をみると、根据2011年に公布された「西安市老人介護施設現状調査研究報告」によれば、西安市全体の総ベッド数は6,816床で、ベッドの所有数は高齢者100人あたり平均0.55床という計算になり、国内の他都市と比べると、まだまだ低いレベルにある（2009年末時点の北京市における高齢者100人あたりベッド所有数は2.48床）。2014年の西安市高齢者工作（活動）会議の報告によると、西安市で2013年に増設された高齢者介護用ベッドは2,500床で、2014年には通年で3,000床以上（西安市民政局のウェブサイトより）追加する目標が立てられている。高齢化が緊迫化する中、西安市の高齢者介護は目まぐるしく発展し、飛躍を遂げたといつてよい。

サービスの現状をみると、西安市の老人介護施設は管理体制が健全でない、財政投入体制が充実していない、サービスのレベルが低いといった問題が普遍的に存在している^①。人材に関して、陝西工運学院は日本の専門性の高い高齢者介護に習い、高齢者介護の専門人材の育成に力を入れ、各介護施設に送り込んでいる（詳しくは第6章参照）。ただ、人材の全体的な能力からみて、多くの介護職員、とりわけ農村の敬老院の職員はそのほとんどが日常生活の世話にとどまり、専門的なメディカルケアやメンタルケアが提供できていない。

（三）西安市における施設介護の課題

以上の数点を踏まえて、西安市の施設介護にみられる際立った問題は以下の通り。

1. 老人介護施設の地理的配置がアンバランスにあり、地理的配置の調整が必要。

西安市の老人介護施設の基数は小さく、ベッド数が不足しているため、日増しに増え続けるサービス需要を満たすためには、量的な増加を絶えず図らなければならない。とはいえ、前文の如く、多くが中心部から遠く離れたエリアに集中しているため、旧市街地の住民の需要を近場で満たしにくい状況がみられている。人口の郊

^①張増芳著「高齢化背景下機構養老的供需矛盾及發展思路（高齢化の背景における施設介護の需給不均衡と發展の考え方）」、「西北大学学报（哲学社会科学版）」、2012年9月。

外への移動は主として経済技術開発区に入居する企業と高等教育機関の学生の移住によるもので、その年齢層は低い。したがって、高齢者の実際の需要を出発点として、介護施設の実質的な機能を最大限に生かすために、地域密着型介護など他の介護方式と連携し、介護施設の地域的分布を調整しなければならない。

2. 老人介護施設そのものの水準が低く、サービスレベルの向上が必要。

ハード面に関して、介護施設の中には既存の施設に手を加えただけで、高齢者の心理的、身体的な特徴に合った建築仕様がないまま改築され、バリアフリー施設の標準^①に達していない。ソフト面に関して、技術力やサービス力の専門性が非常に低く、サービス内容も単一的である。したがって、介護施設を各方面から強化したうえで、政策的措置の面から民営介護施設への関心を高め、民営介護施設の現状改善に努める必要がある。

四、西安市における在宅介護の概況

(一) 在宅介護に重点を置いた高齢者介護の構図

在宅介護は訪問サービスを主体とし、生活ケア、家政サービス、リハビリ介護、医療保健、メンタルケアなどのサービス内容をカバーする。具体的には、身体状況が良好で、基本的に生活自立が可能な高齢者に対しては、主として家事代行、食事提供、法律相談などのサービスを提供する。生活自立が不可能で、高年齢で一人暮らし、要介護な高齢者に対しては、家事代行、家庭保健、補助具配置、食事配送、バリアフリー化、緊急呼出、安全援助などのサービスを提供する。

中国において現在、「9073」（在宅介護90%、地域密着型介護7%、施設介護3%）の高齢者介護体制の枠組みが敷かれる中、西安市も在宅介護を基盤とする介護の構図を築いており、「西安市高齢者事業『12・5』計画」の中でも在宅介護を社会介護の重点に置くと明文化している。さらに、「西安市人民政府關於加快推進社会養老服務体系建設的实施意見（西安市人民政府、社会介護サービス体系推進の加速に関する実施意見）」、「西安市の地域密着型介護サービスの運営奨励規則」、「西安市の特殊な貧困家庭における生活自立のできない高齢者の生活介護手当管理規則」など、在宅介護の支援重視を謳った政策文書を発表している。

(二) 西安市における在宅介護の現状

西安市は、在宅介護の発展において以下の4つの取り組みを行った。まず、高齢者の居住条件と居住環境を改善した。具体的には、都市・農村における高齢者関連施

^①梁木、梁海霞共著「西安における民間老人介護施設への投資に関するF/S」、「西安郵電学院学報」、2010年7月。

設の建設技術標準資格の本格的な推進、多方面の連携による高齢者世帯のバリアフリー化の推進と支援、高齢者が住みやすい住宅と多世代世帯同居住宅の開発の提唱、高齢者の独居化を抑制するための、家族成員と高齢者が一緒に暮らすことや近くに住むことの提唱、建設プロジェクトにおけるバリアフリー施設整備の審査強化など、ハード施設の全体計画からの在宅介護施設立地先の検討、住宅団地プロジェクト審査における、付属の高齢者福祉サービス施設建造や活動用敷地整備などの厳密な基準設定――が挙げられる。近年、西安市の高齢事業委員会は高齢者が住みやすい地域社会、高齢者と睦まじく暮らす家庭の選出活動を連続的に実施している。2013年、西安市全体の3分の1の地域で選出活動が実施され、10か所の高齢者が住みやすいモデル地域社会、20か所の高齢者が住みやすい地域社会、50の高齢者と睦まじく暮らす家庭が表彰を受けた^①。

次に、都市部・農村部の地域社会における在宅介護センターを整備した。県（市、区）、郷（鎮、街道）、地域（村）の3段階のサービスネットワークを築くことで、在宅介護ネットワークを全面的に網羅した。サービスネットワークの全面的な網羅を実現するには、一定数のサービス施設、統一された情報共有の場とサービス従事者が必要となる。「12・5」期間、西安市は「關於加快發展居家養老服務工作的意見（在宅介護サービス現業推進の加速に関する意見）」を制定した。サービス施設に関して、2013年、100の地域と100の村での高齢者介護パイロット事業を遂行し、100か所の高齢者食事サービスパイロット事業地、40か所の農村幸福互助院を整備した。2014年、200か所の農村幸福互助院の建設を遂行すると同時に、高齢者協会の力を借りて、各区・県に10～20か所の高齢者協会適正化パイロット事業地を整備し、高齢者介護を実施するとともに高齢者ボランティア、自主団体の設立の強化する。2015年、西安市のすべての地域に在宅介護センター（ステーション）を設置し、80%以上の郷・鎮、50%以上の農村の地域に施設介護と地域密着型介護、在宅介護など複数の機能を統合した総合高齢者福祉サービスセンターを整備し、村民委員会と自然村に高齢者文化活動とサービス拠点を整備する。情報共有のプラットフォームの構築に関して、3段階のサービス施設を拠点とし、省級から居民（村民）委員会まで全て網羅する在宅介護の情報共有の場と高齢者情報データベースを構築する。サービス従事者に関して、既存の村組織の力を借りて、社会全般による民間による在宅介護の実施を支え、在宅介護の仲介組織の育成・発展を進め、標準化、適正化、専門化、集約化を図り、在宅介護の新しい内容と分野を開拓し、基本的な生活介護、家事代行サービスから医療や健康、メンタルケア、法律サービス、緊急救援などに拡張する。

^①李改草著「西安市2014年老齡工作報告（西安市2014年高齢者活動報告）」、西安老齡網、2014年4月11日。

碑林区民政局の地域密着型・在宅介護サービス施設整備の適正化のための5措置

出所：陝西民政 2011-11-29 00:14

碑林区民政局は近日、全区の地域密着型・在宅高齢者介護サービス施設のソフト面の管理を強化するため、「關於加強社區居家養老服務站規範建設的通知(地域在宅高齢者介護サービスステーションの適正化された整備の加速に関する通知)」を下達し、在宅介護サービス施設の標識統一化、内部制度の適正化に関わる事項について明文化した。今回の適正化の実施対象は、2010年、2011年の竣工済み、建設中の23か所の地域密着型・在宅介護サービス施設建設プロジェクトである。(1) 標識の統一化全区の地域密着型・在宅介護サービス施設の名称を「×××社区『夕陽紅老年之家』」と統一し、各街道が施設入口標識の製作を担当する。施設入口の規格は800MM×2,000MMとし、赤色の地に黄色の字とする。(2) 内部制度の統一化。内部制度を「社区『夕陽紅老年之家』業務職責」、「社区『夕陽紅老年之家』サービス内容」、「社区『夕陽紅老年之家』主任職責」、「社区『夕陽紅老年之家』安全管理制度」、「社区『夕陽紅老年之家』高齢者公約」とする。制度の公示欄の規格は500MM×800MMで、薄青色の地に黒色の字とする。(3) サービス項目の統一化。各社区「夕陽紅老年之家」のサービス項目は生活介護、文化・スポーツ・娯楽、医療保健、法律相談の4つを含むこと。(4) サービス方式の統一化。社区「夕陽紅老年之家」のサービス方式は、無償サービス、低額サービス、有償サービス、ボランティアサービスの4つの形式を含むこと。(5) サービス従事者の充実化。各街道は在宅介護サービス施設の職員の配備を重視すること。社区居民委員会は地域密着型・在宅介護サービスをけん引する成員1~2名を指定すると同時に、民間の資源を生かし、社会組織、地域社会のボランティアが在宅介護サービス施設の運営と管理に参加するよう呼びかける。各社区に少なくとも医療保健サービスチーム、家政サービスチーム、市民サービスチーム、文化・スポーツ・フィットネスサービスチーム、法律宣伝サービスチームを設置すること。条件が許せば、自身の実情をもとに内容を追加することができる。碑林区民政局はまた、各街道に対し、地域密着型在宅介護サービス施設の指導と監督を強化し、完成後のプロジェクトについては、敷地と施設の遊休化、他用途への使用を禁止する。

(碑林区民政局/常曉華)

第三に、高齢者優待政策の徹底にと取り組んだ。優待政策は、高齢者に直接補助金を支給するものもあれば、在宅介護を提供する地域や組織（施設）に補助金を支給するものもある。これについては地域密着型介護の部分で論述する。高齢者は、観光スポットに半額（65～69歳）または無料（70歳以上）で入場でき、市内の路線バスに無料で乗れる（70歳以上）、普通外来診療費の無料化などの優待を受けられる「高齢者優待証」を取得できる。高年齢保健補助金は、西安市の管轄地域内の西安市に戸籍を置く満80歳以上の高年齢高齢者を対象として補助金で、金額は、満80～89歳の高齢者が1人あたり毎月60元、満90～99歳の高齢者が1人あたり毎月120元、満100歳以上の高齢者が1人あたり毎月360元。申請後、許可を得たその月から受領できる。西安市はまた、「西安市の特殊な貧困家庭における生活自立のできない高齢者の生活介護手当管理規則」を公布し、特に貧困家庭における生活自立ができない高齢者を対象とした生活介護手当制度を構築した。つまり、特別市級資金補助経費①から都市・農村の最低生活保障対象者、都市の「三無」（収入がない、労働能力がない、法定扶養者がいない——訳注）対象者、農村五保対象者、優遇扶養対象者のうち生活自立ができない高齢者、高年齢の特殊な貧困家庭における生活自立ができない高齢者（世帯所得が西安市の低所得標準より低く、80歳以上の生活自立ができない高齢者）を対象に割り当てる生活介護手当で、その支給額は、都市・農村の最低生活保障対象者、都市の「三無」対象者、優遇扶養対象者の中の生活自立ができない高齢者、高年齢の特殊な貧困家庭における生活自立ができない高齢者は毎月100元、農村五保対象者のうち生活自立ができない高齢者は毎月300元で、毎月申請を受理し、四半期毎に支給する。このほか、西安市政府は条件の許す市・県に対して、生活自立の能力と生活の質を高めるための、高齢者に必要なりハビリ補助具の配置を推奨するため、在宅介護を受ける生活自立ができない高齢者に対する特別補助金の模索を提言している。

第四に、在宅介護支援政策の充実化を図った。具体的に以下の通り。高齢者が扶養者とともに戸籍を移転することを支援するため、高齢者人口戸籍移転管理政策を模索している。在宅介護の保障政策、介護支援政策を整備し、農村部の一人っ子政策対象世帯への奨励・扶助制度、一人っ子政策世帯を対象とした特別補助制度を充実化するほか、都市部の一人っ子の父母を対象とした高齢者奨励政策を実施し、奨励補助金標準の随時調整メカニズムを構築する。親孝行や敬老の伝統的美徳を大いに発揚し、高齢者を尊び、敬うモラル観を強化し、親子の助け合い、温かく調和のとれた家庭の雰囲気づくりを提唱し、在宅介護の基本的な役割を發揮する。

①市、区・県の財政から分担する。新城区、碑林区、蓮湖区、雁塔区、未央区、灞橋区、閻良区、長安区、高陵県、灃東新城の補助金は市、区・県が5:5の割合で負担する。臨潼区、戸県、周至県、藍田県の補助金は市、区・県が8:2の割合で負担する。

(三) 西安市における在宅介護の課題

西安市の在宅介護は歴史があり、実際の需要が高く、市レベルで在宅介護に重点を置いた高齢者介護サービス体系の整備を進めているとはいえ、現時点で潜在的な問題も抱えている。第一に、西安市の高齢者のいる世帯における「独居化」の深刻化が在宅介護に多大な圧力とリスクをもたらしている。JICAの西安におけるプロジェクト対象地—陝西工運学院が実施した陝西省の高齢者とその家族を対象とした高齢者介護に対する認識と需要のアンケート調査の結果、高齢者についてのアンケート236部のうち、「介護が必要」との回答は116部で全体の49.15%、「介護は必要ない」との回答は120部で全体の50.85%をそれぞれ占めた。そのうち、ほとんどの高齢者（各回答59.48%、72.50%）は配偶者と同居していた。高齢者が互いに世話をし合う高齢者同士の介護が対象者の中で非常に普遍的だった^①。高い高齢者の独居率は在宅介護のリスク増大をもたらす。

第二に、高齢者のいる世帯における「独居化」の深刻化は、地域密着型介護への依存度を高める。そうになると、付帯設備が充実した社会介護ネットワークが仲介役となり、在宅介護を支える必要性が生じる。しかし、現在、西安市において地域密着型介護を支える施設はまだ整備の最中にあり、短期的に充実した地域密着型介護のネットワークが形成されるのは無理である。

五、西安市における地域密着型介護の概況

(一) 政策的措置

西安市高齢者事業「12・5」計画は、社会介護サービス体系の整備を安定的に推進し、地域介護サービスを大いに発展させるという方針を掲げた。デイケアセンター、託老所、地域密着型介護センターなどの地域密着型介護施設が住宅団地の付帯施設建設計画に組み込む。近場、便利、実用の原則に基づき、入所介護、デイケア、一時寄託などの多様な形式の地域密着型介護に取り組む。高齢者介護のボランティアチームの結成を強化し、地域密着型の高齢者向けボランティアサービスに取り組む。

資金補助について、西安市は一貫して地域密着型介護に向けて積極的に資金援助を提供している。2009年8月、「西安市資助社区居家养老服务中心（站）実施細則（西安市の地域密着型介護サービスセンター（ステーション）への資金援助実施細則）」の中で、地域密着型介護サービスセンターのための開設補助金と運営補助金の提供に言及した。サービス施設、サービス内容、サービス水準を総合的に評価したうえで、1万元から4万元の4段階の開設補助金を提供する。運営補助金は5,000円で、50世帯以上の高齢者世帯の特定サービス対象を持つサービスセンターを奨励する。補

^①陝西省养老服务事業社会調査項目組：「陝西省养老服务事業調研報告（陝西省高齢者介護サービス事業調査研究報告）」、2013年7月28日。

助金は主にインフラ整備、付属設備の追加および独居老人へ呼出システム^①の提供に当て、その他の用途に当ててはならない。2012年末に公布された「民間による介護サービス体系推進の加速に関する実施意見」においては「2015年までに都市のすべての地域に在宅介護センター（ステーション）設置を目指す。郷・鎮においては、80%前後の地域に施設介護、地域密着型介護、在宅介護の機能が統合された総合高齢者福祉サービスセンターの設置を目指す」としている。2013年8月からは、地域密着型介護の取り組みを強化するため、地域密着型介護に取り組む地域および民間投資により開設された在宅介護施設、ボランティアサービス組織を対象に、資金援助を実施した。具体的には、都市の300か所の地域を選出し、高齢者介護のパイロット事業に取り組むための運営奨励金を与えるというもので、地域の介護活動の状況をもとに点数を付け、得られた点数が高い順に並べ、1万元から4万元の間で7段階に分けて地域を奨励する。公布済みの奨励リストの中で、各階級の地域毎の奨励対象地域の分布は平均的で、ほぼ全て4～6か所がランキングされている。市の民間投資により運営される在宅介護組織の奨励対象リストの中で、西安三春暉高齢者向け賃貸住宅の西安三春暉ボランティアチーム、西安豊澤園高齢者向け賃貸住宅の西安豊澤園ボランティアチームなど、多くの老人介護施設のボランティアチームもランキングされているのに気付く。つまり、施設介護において、積極的、自発的なボランティアチームによる介護が織り込まれ、高齢者介護のレベルを引き上げ、高齢者介護に対する社会の関心を煽っていることを物語っている^②。

（二）地域密着型介護の現状と課題

西安市における地域密着型介護の推進は、一方で量的な面での累積が目指されており、「12・5」期末までに「全市の各街道、郷・鎮に地域総合サービスセンターを設置し、都市の地域密着型介護センターまたは託老所を450か所新設する」という目標が設定されている。また、高齢者介護の方式において、新しい取り組みが目指されている。例えば、蓮湖区は、高度情報サービスを媒体として利用し、400万元余を投じて在宅介護情報センターを設置し、全区の高齢者8万人余のために基本的な情報ファイルを作成し、区の高齢者介護の情報共有の場では、生活介護、清掃、メンタルケア、リハビリ指導などのサービスを提供する24時間体制の高齢者ダイヤルを受け付ける。^③

地域密着型介護の利用状況、満足度、需要について、西安交通大学課題グループ（温海紅、張永春、文成、2013年）が2011年に西安市の4の地域で実施したサンプリ

^①西安家政サービスネット：<http://xajz.96128.com/news/flfg00/2010-09-06/13051.html> 2010年9月6日。

^②「關於印發西安市社區居家養老運營獎助辦法的通知（西安市社區在宅介護の運營獎助辦法の印刷・発表に関する通知）」

^③艾東著「信息化條件下的社區養老服務新實踐（情報化環境における地域介護サービスの新たな取り組み）」、「新西部」、2011年第21期。

ング調査により、地域密着型介護について、サービス内容の単一性、メンタルケア、文化生活に関する内容の欠如を指摘している。また、高齢者の管理水準に対する評価が低いこと、地域密着型介護従事者の関連知識についての訓練が乏しく、職員体制が弱いことも指摘している。

羅亜萍ら（2013）の西安市における高齢者介護方式の意向調査によると、家族介護では需要を満たせない、社会介護資源の供給不足という傾向に伴い、自助介護がすでに従来の家族介護方式に取って代わる最も期待される方式となっている。自助介護は、高齢者が自分が慣れ親しんだ環境で老後生活を送りたいという需要を満たすことができるとはいえ、自立生活を送れない段階に入ると、家庭または民間組織を通じた介護が必要となる。したがって、このような現実において、「地域社会において社会介護組織を大いに発展させ、関連する介護政策を充実化すること」が必要である。

六、西安市の JICA プロジェクト対象地への訪問——陝西工運学院高齢者介護・管理学部

陝西工運学院の高齢者介護・管理学部（以下、「高齢者介護学部」という）は、陝西省で高齢者介護に従事する専門人材育成にとってパイオニアである。西北地区の内陸省である陝西省の高齢者介護は立ち遅れており、人的資源の補給も欠如していたが、2006年から日本社団法人全労済と締結した提携意向を通じて、陝西工運学院において高齢者介護の専門人材育成に重点的に力を入れるようになり、2012年には日本の日中介護事業交流協会と共同で中日介護陝西提携プロジェクト促進会を設立し、海外の経験をめぐって交流を深めた。高齢者介護学部は陝西省内においても陝西省の高齢者介護職員への専門訓練という責任を担っている。2012年末時点で、日本の日中介護事業交流協会との共同の努力を経て、陝西工運学院高齢者向けサービス学部「陝西省高齢者介護人材訓練援助事業」プロジェクトが「日本政府草の根技術協力事業」の承認を得て、JICAのプロジェクト実施機関の一つとなった。2013年1月から、JICAの「草の根技術協力事業」の3年間の援助を受け始め、すでに1年目の事業計画が無事終了した。以下、専門の設置、人材育成、学生募集と就職、職業教育に関して抱えるボトルネックを整理する。

（一）カリキュラム

陝西工運学院は、公立の成人教育機関であり、高齢者介護・管理学部は成人教育と高等職業教育の2つのルートで学生を募集している。教育において日本語と高齢者介護の2本立てのカリキュラムを組み、学生は言語を習得したうえで日本語を使って日本の専門家と直接交流する。また、訪日し、日本の介護専門技術の学習と高齢者

介護の理解を深める機会もある。現在、計24名の学生が訪日学習に参加し、日本の高齢者介護者資格を取得した。教室での教育に関して、日本の2年間の介護福祉士のカリキュラムを改編し、2年間の教室での学習で学生は24科目を履修する。教師は教室では体験型の教育を通じて、学生が高齢者の生活を身をもって体験し、高齢者に対する認識を改め、以後の業務において高齢者が余生を充実して送れるようにする。高齢者介護技術は実践力の強化に重点が置かれ、学院内に専門実技訓練室を設置し、生活自立ができない高齢者の日常生活をサポートする身体力学の知識など、実技訓練を通じた科学的な介護スキルの強化が図られている。

(二) 人材育成

講師陣について、高齢者介護学部は日中双方の教員を集めている。中国側の講師陣は、日本語、社会保障、社会学などの専門家が多く、日本語教育、高齢者の社会活動、地域社会管理などに関するカリキュラムを担当している。また、外部講師は主に病院の主任、看護師長、日常病の専門家で、リハビリ介護を担当している。日本側の専門家は不定期に学院を訪れて指導を行い、一方で学生の介護指導を行い、他方で学院の発展に向けた指導に励んでいる。工運学院は現在、転換の過渡期を迎え、高等職業教育機関の申請に向けた準備を進めている。しかし、国の教育機関に対する多々の圧縮政策を受け、いかに専門の確保や格上げを実現するかが学院の発展のために重要な任務となっている。高齢者介護学部の主要責任者である包麗萍氏は、かつて日本で高齢者介護を学び、日本における高齢者介護の最高資格——介護福祉士の資格を取得した。

高齢者介護学部は、学位取得を目的とするカリキュラム以外に職業訓練や診断に関しても際立った特色を備えている。学生は日本での研修期間において、130時限の授業を受け、日本の2級介護士の証書を取得する。日本での研修期間中、授業以外に当地の老人ホームで実習を受ける。国内の介護員資格に関して、学生自身が高齢者介護・管理を専攻したのである場合、卒業の際に、直接試験を受けて中級介護証を取得することができ、卒業後しばらくの間、学校に戻り、上級介護証を取得することができる。工運学院が実行するのは職業訓練と職業診断の一貫サービスであるため、学生は学校で実習を通じて資格証明書を取得し、就職に直結させることができる。

また、工運学院は陝西省民政庁の「高齢者介護士千人訓練」事業も担っている。現在、陝西省の介護従事者で証書所持者（初級証）はわずか2万人ほどで、全体の5%に過ぎない。国は2015年までに介護従事者に資格証所持の義務化を定めているため、訓練は並大抵でない。同事業における訓練は、主として農村で高齢者介護に従事する、専門的な介護スキルのない者を対象とする。

(三) 学生募集と就職

高齢化が深刻さを増すにつれて、国、地方はいずれも高齢者介護業をますます重視している。陝西工運学院は2008年に高齢者介護学部を開設し、学生募集数は最も初期の17人から、2010年には82人に増やし、ここ数年は70人から80人を維持している。学生は主として省内出身者で、卒業後は省内の養老院、敬老院に就職する以外に、実習を通じて最終的に北京、上海などの大都市の老人介護施設に就職する学生もいる。募集する学生の男女比は1:5と男性の数が少ないが、就職においてはひっぱりだこで、雇用主は男性を管理職に置く傾向がある。

社会の高齢者介護員という職業に対する認識は、学生募集に影響を及ぼすだけでなく、求職意欲にも影響を与える。日本の高齢者介護に対する尊敬と好評価に比べて、中国社会においてはその専門力の低さと業界の規範性の低さのため、高齢者介護員という職業に対する受入度はまだ低い。調査によると、陝西工運学院の高齢者介護学部の学生が卒業後も同じ業界に残る比率はおよそ50～60%に留まっている。入学第3年目の実習期間の実習先での仕事が就職に影響を及ぼし、学生の希望進路が分かる結果となる。学生は進路先を決めるにあたり、賃金や報酬を加味する一方で、仕事の環境や仕事量を考慮する。

(四) 職業教育のボトルネック

全体的にみて、職業教育は実践力の専門人材を育て上げ、社会の専門人材に対する切実な需要に応えるため、高等職業教育を受けた学生は供給不足の状態にある。高齢者介護・管理の人材備蓄は、高齢者介護サービス体系の整備において非常に重要であり、莫大な潜在的市場と社会的価値を備えている。専門の介護人材の輩出はサービス提供の保証につながる。

また、調査の結果、職業教育が抱える苦境について、以下の4点にまとめることができる。

第一に、重視度の不足である。高齢者介護の専門教育を提供する学校は数量からいって西北地区は極めて少なく、現時点では陝西工運学院、西安文理学院などが学生を募集しているに過ぎない。高齢者介護人材の不足に気付き、開設準備を始めた学校もあるが、また着手段階である。医学的視点からみた介護とは違い、高齢者介護はメンタルサービスに関して高いレベルが求められるため、講師陣に求められる素質は高い。

第二に、発展が立ち遅れている。時間的にみて、工運学院は6年間の成長と発展を経て、高齢者介護と管理の新しい理念と方法をすでに業界に落としこんだ。とはいえ、アウトプットという点で、人材育成は時間のかかる投資であり、短期間で顕著な成果は挙がっておらず、全体的にみて、発展のスピードは遅い。

第三に、社会的認知度が低い。2013年から2014年にかけて、陝西省の高等職業教

育機関（高等職業学校、中等専門学校、技術訓練学校）は大規模な再編に直面しており、今後、学校運営において重複する部分や煩雑な部分が簡潔化されるであろう。しかし、高齢者介護という専門分野は空白を埋める専門として奨励されるべきである。旧来の観念では、高齢者介護は人にかしづく仕事と考えられているが、実際は非常に専門的なスキルと知識が必要とされる。そのような能力を備えた学生が就職すれば、現場の仕事から始めて、能力の高まりを経て、少しずつ管理職に上がり、従来の老人介護施設に新しい血を流し込むことができる。

第四に、専門人材が極めて不足している。工運学院は2008年に学生の募集を開始し、現時点で輩出した高齢者介護人材は130名余に上る。数からして、市場の需要にとっても追いつけていない。省内を対象とした「高齢者介護員千人訓練計画」は短期的な職業訓練と職業診断で、教育的成果の面で若干遜色がある。長期的にみて、より多くの人の参加と関心が必要とされる。

七、研究による発見と政策提言

西安市の高齢者事業と高齢者介護に対する文献調査を通じて、我々は以下の発見をした。

（一）現在、西安市は家族介護の発展を社会介護の重点として捉えると同時に、在宅介護による地域密着型介護のネットワーク体系と情報共有の場の支持と整備を強調するため、政策文書を公布した。この方向性は、西安市の高齢者介護需要の実情に即し、中国の将来的な高齢者介護の方向性にも適合するとともに、既存資源をうまく配置し、利用したものであるといえる。

地域密着型介護方式は、在宅介護の形式で、地域密着型介護ネットワークを基盤とし、国の制度、政策、法律による管理でもって保証する高齢者介護方式である（穆光宗、姚遠、1999）。それは在宅介護と施設介護の長所を取り入れ、家庭、地域社会の二つの資源を動因すると同時し、高齢者の希望と子供の近場での世話という現実的な需要に応えられる方式で、1) 低コスト、高効率（王樹新、元昕、1992）、2) 近場での家庭の世話の不足を補うことができる（譚櫻芳、2007）、3) 近所同士の生活の互助とメンタルケアの需要に応える（風笑天、1991）などの優位性があり、中国の将来的な高齢者介護の方向性である（全国老齡工作委员会弁公室、2008）。

（二）地域密着型介護の効果を真に発揮し、その最高の介護効果を実現するには、地域密着型介護組織の育成など、付属設備が充実した補助サービスに依存する必要がある。これに関して、西安市の現在の地域密着型介護ネットワーク体系では在宅介護を支えるにははるかに足りず、さらなる発展が必要である。

地域密着型介護方式の普及は、公共福祉サービス、市場原理による介護サービスの十分な発展と連動しなければならない。中国の公共福祉サービス、市場による高

高齢者介護はまだ着手段階にあるため、地域密着型介護方式はここしばらくはまだ都市住民の高齢者介護方式とはなりえない（羅亜萍、史文静、肖陽、2013）。

西安市民の現時点の高齢者介護方式について、2013年の「西安市住民高齢者介護方式現状調査」における電話調査とランダムサンプリング方法を通じて最終的に取得した有効データ710部によると、以下の点が明らかとなった。

- (1) 西安市において、自助介護^①が在宅介護と同じく重要な高齢者介護方式となっている（表4）。

表4： 実質的高齢者介護方式と理想的介護方式の統計 (%) ^②

項目	実質的高齢者介護方式	期待的高齢者介護方式
在宅介護	358 (50.42)	231 (32.63)
自助介護	334 (47.04)	342 (48.16)
地域密着型介護	7 (0.99)	57 (8)
施設介護	11 (1.55)	80 (11.30)
総計	710 (100)	710 (100)

表5： 高齢者の年齢によるグループ分けと実質的介護方式の分割表 (%) ^③

グループ	在宅介護	自助介護	地域密着型介護	施設介護	総計
60～75歳	45.48	53.11	0.85	0.56	100
76歳以上	54.68	41.01	1.44	2.88	100
総計	49.53	47.78	1.11	1.58	100
カイ二乗検定	Chi2(3)=13.1855***				

(2) 西安市において、自助介護はすでに旧来の在宅介護に取って代わり、大部分の高齢者にとって第一の理想的介護方式となっている。また、75歳以下の若い高齢者にとって第一の実質的高齢者介護でもある。高齢者が年をとり、自立生活が不可能になった場合に限り、再び旧来の在宅介護を選ぶ傾向がある（表4、5）。

^①自助介護方式とは、経済力のある高齢者が経済上、生活上子供に頼らず、自己または配偶者に頼る介護方式を指す。これらの高齢者は通常、子供と同居していない。

^②羅亜萍、史文静、肖陽共著「城市居民養老方式的變更趨勢、存在問題及対策研究——基于对西安市居民養老方式的調查（都市住民の介護方式の变化動向、抱える課題と対策に関する考察——西安市民の高齢者介護方式の調査をもとに）」、「西安交通大学学报（社会科学版）」、2013年第1期、第80ページ。

^③同上、第82ページ。

表 6： 高齢者の年齢によるグループ分けと理想的介護方式の分割表 (%) ①

グループ	在宅介護	自助介護	地域密着型 介護	施設介護	総計
60～75 歳	28.8	55.20	5.6	10.40	100
76 歳以上	51.4	40.00	2.86	5.71	100
総計	33.75	51.88	5.00	9.38	100
カイ二乗検定	Chi2(3)=6.4182*				

(3) 自助介護は第一の理想的介護方式で、しかも所得水準に無関係という特徴がある (表7)。

表 7： 月平均所得と理想的高齢者介護方式の相互参照表 (%) ②

項目	在宅介護	自助介護	地域密着型 介護	施設介護	総計
2,000 元以下	36.15	45.19	8.75	9.91	100
2,001～5000 元	26.14	53.41	7.20	13.26	100
5,001～8,000 元	42.86	46.43	3.57	7.14	100
8,001 元以上	42.86	42.86	14.29	0.00	100
総計	32.51	48.54	8.01	10.94	100
カイ二乗検定	Chi2(9)=13.6369				

自助介護には周期性の問題が存在する。在宅介護方式を期待する高齢者の比率は、60～75歳でわずか28.8%であるが、76歳以上で51.4%と急上昇しており、一定期間が過ぎると、依然家庭に回帰することが分かる。実質的介護方式の傾向も理想的介護方式とほぼ同じである。また、自助介護には、リスクが高いという欠点があるが、充実した地域密着型介護体制の補助を得られれば、それを解決できるであろう。とはいえ、その過程で自助介護は地域密着型介護に移行するであろう。

地域密着型介護の本質は、自助介護と地域社会によって高齢者介護を補助することである。中国の地域密着型介護の補助サービスやその他の社会介護方式は発展が十分でないため、人々は在宅介護や自助介護を選択せざるをえない。中国で地域密着型介護体制の充実化をはじめ、民営化された介護方式が広く実施されれば、ますます多くの人々が地域密着型介護を理想的高齢者介護方式として選択するようになる (羅亜萍、史文静、肖陽、2013)。西安市民の現時点の実質的高齢者介護方式と理想

①同上。

②同上、第 81 ページ。

的高齢者介護方式などの結果から西安市における地域密着型介護がまだ不完全で未熟であることが反映されている。したがって、西安市で自助介護方式が急速に伸びる中で、地域社会において施設介護組織を大いに発展させ、関連する高齢者介護政策の制定と充実化を図る必要がある。

（三）高齢化問題に対する調査研究を比較的重視している。

高齢者事業の現状と高齢者事業に対する需要を速やかに把握してこそ、人口の高齢化に対する戦略的方策を科学的視点から提起でき、高齢者事業の中長期的発展計画の策定に向けて意思決定の拠所を提供できる。急速な高齢者が社会経済の成長にもたらす重大な影響についての推計が不足し、積極的な対応意識が欠けているため、西安市は高齢者事業の推進と高齢者介護サービス体系の整備の着手が遅く、初期段階の発展も遅れているため、市の高齢化問題、高齢者介護の需要などに対する認識が非常に不明確で、行き届いていなかった。したがって、近年、西安市の当局は高等教育機関や社会科学研究機関との協力を強化しつつ、高齢化問題の調査研究に取り組み、西安市高齢者調査研究活動推進会を開催し、西安市の高齢者調査研究活動の取り組みと実際の活動における難点についての検討、調査研究活動や調査報告書の作成をいかに実施するかを紹介を行っており、西安市の高齢者事業は短期的に速い足取りをみせた。

以上を踏まえ、我々は次のとおり対策意見を提起する。

（一）在宅介護補助サービスの支援政策を大々的に強化し、地域密着型介護ネットワークの整備を進める。自助介護から地域密着型介護への段階的な移行を導くことで、自助介護のリスクと周期性を回避し、家庭と地域社会の二つの資源配置の最適化を実現できるようにする。同時に、高齢者の期待に応え、その精神的な需要を満たすとともに、旧来の家庭と近所の機能を維持し、福祉の文化的意義を継続できるようにする。

（二）地域密着型介護は低コストで、高効率の高齢者介護方式であるため、そのネットワークの支援を強化し、地域密着型介護の仲介組織や高度なサービスチームを育て、地域社会の互助組織やボランティア組織の育成を進める。それによって、家族介護と社会介護をうまく連携させ、高齢者の介護需要の最大限の満足と資源浪費の最小化を図り、無駄の無い社会介護を実現する。

（三）生活自立ができない高齢者に対する補助金支給を強化し、特別な高齢者介護の購入に当てる特別資金を設ける。その際、現金による補助と同時に、これらの高齢者が専門施設や専門職者が提供する専門性の高いサービスを直接受けられるよう、その特別な需要に対する直接補助金を追加する。また、生活機能障害や認知障害を抱える高齢者に対する介護保険の開設も模索する。

参考文献：

西安市統計局、「西安市2013年經濟社会發展統計公報」、2014年3月。

「西安市老齡事業『12·5』計畫」

「西安市特困失能老人生活護理補貼管理弁法」

「西安市養老機構等級評定及運營獎勵弁法」

「社会力量興弁養老機構建設補助資金管理（暫行）弁法」

「西安市社区居家養老服務運營獎勵弁法」

「西安市農村養老服務和幸福院運營獎勵弁法」

羅亞萍著「城市居民養老方式的變更趨勢、存在問題及对策研究——基于对西安市居民養老方式的調查」、「西安交通大学學報（社会科学版）」、2013年1月。

溫海紅、張永春、文成共著「陝西省城鎮社区養老服務現狀分析及其体系構建——基于西安市的調查分析」、「西北大學學報（哲学社会科学版）」、2013年9月。

張增芳著「老齡化背景下機構養老的供需矛盾及發展思路」、「西北大學學報（哲学社会科学版）」、2012年9月。

梁木、梁海霞共著「投資西安民營養老機構的可行性分析」、「西安郵電學院學報」、2010年7月。

許琳著「西部地区老年残疾人居家養老服務供需現狀的實証研究——基于西安市的調查」、「社会保障研究」、2010年第2期。

游華麗著「西安市民營養老機構發展現狀及对策研究」、2011年陝西師範大學修士論文。

陝西省養老服務事業社会調查項目組：「陝西省養老服務事業調研報告」、2013年7月28日。

全國老齡工作委員會弁公室「關於全面推進居家養老服務工作的意見」、2008。

大連市高齢者サービス調査報告

馬 原

一、大連市高齢者人口の基本状況

大連市は中国の遼東半島南端に位置する、中国の 5 つの計画単列市（日本の政令指定都市に相当。省レベルの経済管理権限を有する——訳注）の 1 つで、15 の副省級都市の一つである。大連は 6 つの区（中山、西崗、沙河口、甘井子、旅順口、金州）、3 つの県級市（瓦房店、普蘭店、莊河）および 1 つの海島県（長海）を管轄し、総面積は 1 万 2,500 km²、人口は 603 万人である。大連市第 6 回国勢調査によると、2010 年 11 月 1 日午前 0 時時点の同市の常住人口は 669 万人だった。60 歳以上の高齢者人口は 105 万 7,000 人で、総人口の 15.8%を占め、全国平均より 2.54 ポイント高く、2000 年に比べると、3.18 ポイント高かった。65 歳以上の高齢者人口は 71 万 6,000 人で、総人口の 10.7%を占め、全国平均より 1.84 ポイント高かった。70 歳以上の高齢者人口は 48 万人で、総人口の 7.2%を占めた。80 歳以上の高齢者人口は 13 万 7,000 人で、総人口の 2%を占め、60 歳以上の高齢者人口の 13%を占めた。100 歳以上の高齢者は 288 人おり、省内の都市ではトップで、男性が 82 人、女性が 206 人だった。

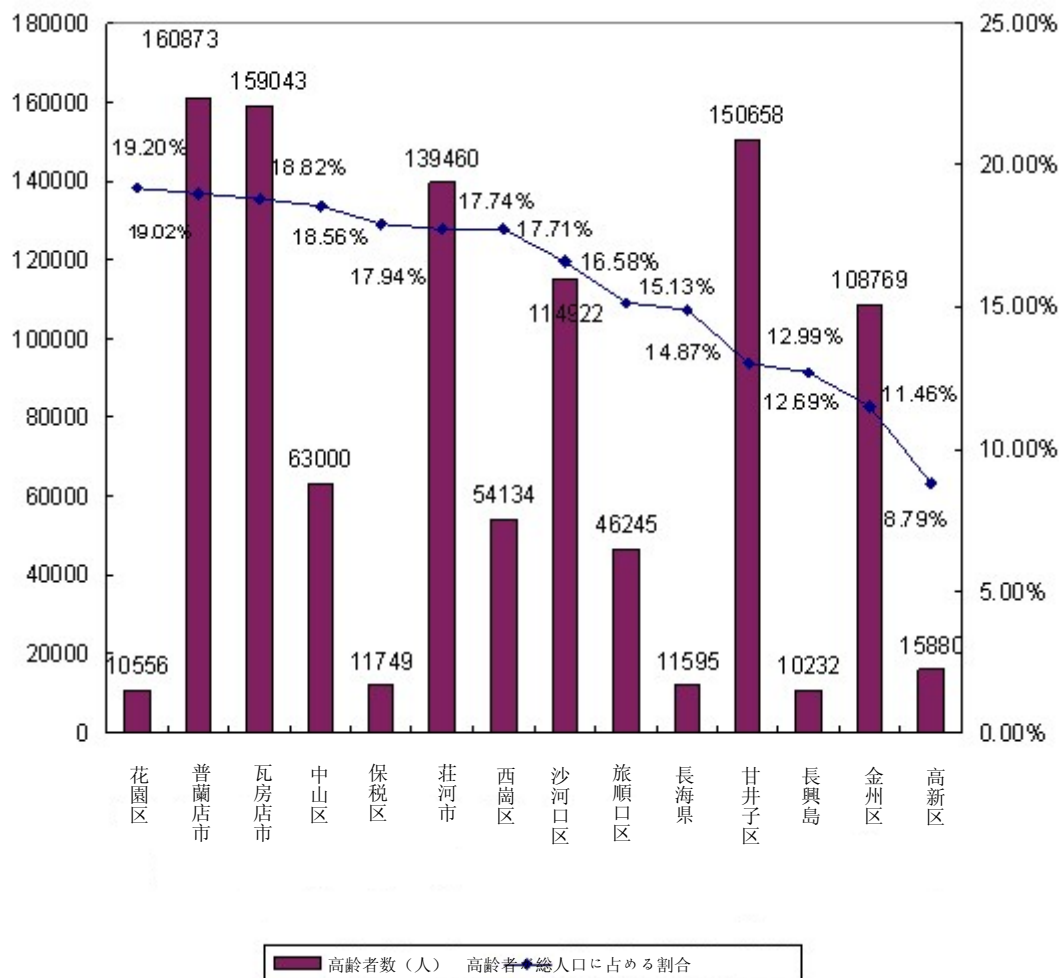
国連が発表した高齢化指標によると、社会の総人口に占める 65 歳以上人口の割合が 7%以上に達したか、または総人口に占める 60 歳以上人口の割合が 10%以上に達したとき、これを高齢化社会という。従って、大連市が所在する遼寧省は中国でも高齢化が比較的早く進んでいる地区で、大連市は遼寧省で最も早く高齢化社会に入った都市であり、2000～2010 年の 10 年間で、60 歳以上の高齢者人口は 31 万 3,000 人、年平均で 3.57%増加し、いずれも遼寧省と中国全体の高齢者人口の増加を上回り、大連市総人口の年平均増加率より 2.29 ポイント高かった。大連市の 65 歳以上の高齢者人口の割合は全国 15 の副省級都市のうち首位で、副省級都市の平均値を 2.53 ポイント上回っている。「遼寧省 2011 年老年人口信息和老齡事業發展狀況報告（遼寧省 2011 年高齢者人口情報と高齢者事業發展狀況報告）」によると、2011 年末時点で、大連市の戸籍を持つ 60 歳以上の人口は 110 万 9,600 人で、同市の戸籍保有総人口 588 万 5,400 人の 18.85%を占め、65 歳以上人口は 77 万 4,000 人で、総人口の 13.15%を占め、高齢化の度合いは全省のトップだった。2015 年末には、大連の 60 歳以上人口は 135 万 7,000 人に達し、総人口の 21.1%を占めると予測される。^①

^①「大連日報」、「大連『拐進』老齡化時代（大連は高齢化時代の「曲がり角に入った）」」、2012 年 03 月 14

大連の都市人口はすでに高齢化時代に入り、高齢者人口の急速な伸び、高齢者人口の比率の上昇、独居老人の増加などの特徴を示している。まず、総量の面では、60歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合が徐々に増えている。2000年は、大連市の60歳以上の人口は74万4,000人で、総人口の12.6%を占め、1990年より2.75ポイント高くなった。2010年には2000年より3.18ポイント高くなり、高齢者人口は少しずつ増える傾向を示し、平均して毎年3万人超増加した。

性別構造の面では、女性の高齢者人口が男性より多い。60歳以上の高齢者人口のうち、男性が49%、女性が51%である。70歳以上の高齢者人口では、男性が47.6%、女性が52.4%である。80歳以上の高齢者人口では、男性が45.4%、女性が54.6%である。100歳以上の高齢者人口では、男性が28.5%、女性が71.5%である。年齢が上がるにつれ、女性の高齢者人口の比率は高まり、男性の比率は低下している。

表1：各地区の高齢者数および総人口に占める割合 単位：人、%



データ出典：大連市統計局、2012年

地区別では、北部の3市の高齢化が目立っている。高齢者人口を多い順に見ると、1～6位は普蘭店市16万1,000人、瓦房店市15万9,000人、甘井子区15万1,000人、荘河市13万9,000人、沙河口区11万5,000人、金州新区10万9,000人である。ハイテク産業パーク区(7.79%を占める)を除き、その他の各区・市・県はいずれも高齢化社会に入り、高齢者人口が総人口に占める割合を多い順に見ると、1～6位は花園口経済区19.2%、普蘭店市19.02%、瓦房店市18.82%、中山区18.56%、保税區17.945%、荘河市17.74%となっている。

生活状況の面では、独居老人の増加が顕著である。全市の世帯のうち60歳以上の高齢者がいる世帯数は69万8,000世帯で、同市総世帯数の30%を占め、2000年より2.9ポイント高くなった。独居老人は30万6,000世帯に達し、高齢者がいる世帯数の43.9%を占め、2000年より10.6ポイント高かった。このうち、単身の独居老人世帯は11万3,000世帯で、高齢者がいる世帯数の16.2%を占め、2000年より5.5ポイント高くなった。老夫婦1組のみの世帯は19万3,000世帯で、高齢者がいる世帯数の27.7%を占め、2000年より5.1ポイント高くなった。

身体面では、医療技術と医療保障水準が向上するのに伴い、高齢者の健康水準もかなり上がった。60歳以上の高齢者人口のうち、身体が健康および基本的に健康な人は82.7%を、自立生活能力がある人は97.1%を占めた。婚姻状況では、高齢者人口のうち配偶者がいる人の割合がやや上昇した。60歳以上の高齢者で配偶者がいる人の割合は75.37%（詳しくは下表参照）で、2000年より1.73ポイント上昇し、配偶者を亡くした人の割合は2000年の25.14%から22.9%へと、2.24ポイント減少した。配偶者のいる高齢者比率の増加は、高齢者の老後生活の幸福感向上につながっている。

表2：高齢者人口の婚姻状況 単位：%

	未婚	配偶者有り	離婚	配偶者と死別
2010年	0.77	75.37	0.96	22.9
2000年	0.66	73.64	0.56	25.14

データ出典：大連市統計局、2012年

生活資金源の面では、独立した生活資金源を持つ高齢者が多い。72.5%の60歳以上高齢者は独立した生活資金源（労働収入、離退職金および老齢年金、最低生活保証金および資産収入）があり、2000年に比べ18.3ポイントと大幅に増加した。このうち、退職金および老齢年金に頼って生活している60歳以上の高齢者人口は51.9%で、10年前とほぼ同じだった。家族が扶養している割合は26.4%で、10年前より18.85

ポイント低下した。

先進国と比べると、中国の人口の高齢化は高齢者人口の絶対数の多さ、増加の速さ、高齢化傾向の顕著さ、「空きの巣」世帯（子供が独り立ちした後の夫婦のみの世帯——訳注）の急増、経済発展と異なる歩みなど著しい特徴を示している。高齢化が経済社会にもたらす影響は主に次の方面に集中している。まず、高齢者の増加は政府財政負担をさらに増やす。現在、大連市で退職金、老齢年金および最低生活保障金を受領している高齢者は高齢者人口の半分以上を占め、高齢化が進むにつれ、この比率も増加し続ける。次に、中国の核家族の比率がますます高まり、高齢者の負担係数を増加させている。とりわけ一人っ子政策の実施後、一人っ子が結婚すると扶養または面倒を見なければならない年長者は4～8人となり、高齢者の扶養比率の上昇は若者の負担を一層重くする。このほかに、高齢社会の中で「空き巣」世帯、未婚の高齢者、離婚した高齢者、配偶者を亡くした高齢者の増加は、すでに軽視できない社会問題となっている。深刻な人口高齢化の状況は高齢者サービス産業の発展の遅れと矛盾している。「シルバークラウド」の到来に直面し、伝統的な家庭での介護はかつて経験したことのない試練を受け、様々な介護需要が現在静かに変化しているところで、家庭での介護以外の方法にますます関心が集まり、伝統的な在宅介護の需要と機能は徐々に低減し、社会介護が中国の介護モデルとして発展するのは必至である。^①

二、大連市介護施設の現状

（一）大連市介護施設の概況

大連市の社会介護施設は所有形式によって主に公営と民営の2種類に分けられる。前者には「国営介護施設」が含まれ、市と区の2つの政府が設立した社会福祉院と高齢者マンション、および農村郷鎮が集団で経営する老人ホーム「集団経営介護施設」がある。後者には社会的力が設立した介護施設と民営介護施設が含まれる。市内にある介護施設の所有形式は国営と民営が中心で、農村の介護施設は集団経営が中心である。このうち、民営老人ホームは1990年代末期に登場した。2008年から、大連市は一連の民営老人ホーム支援政策を打ち出し、例えば、各民営老人ホームにベッドを設置するに当たり1床につき5,000元の補助金を1回支給する、大連の戸籍を持つ高齢者受け入れには毎月100元の補助金を支給するなどし、こうした刺激策により民営老人ホームは数を急速に増やし、数年間で当初の数十か所から300か所余りになった。

^①初燁：「大連市発展養老事業的対策研究（大連市介護事業発展の対策研究）」、『学習と研究（学習と研究）』、2009年第6期。

表 3：大連市の介護施設数、ベッド数、入所率

年度	介護施設数（か所）		介護施設ベッド数（床）		介護施設の実際の入所率（%）	
	総数	うち、公営	総数	うち、公営	公営	民営
2007	240	15	23821	3000	90	60
2008	255	15	26821	3080	90	60
2009	280	15	29544	3100	90	60
2010	300	15	31644	3200	95	65
2011	315	15	36000	4000	95	65

データ出典：大連市統計局、2012

規模と入所率などの指標を見ると、国営介護施設は比較的規模が大きく、入所率もかなり高い一方、個人経営・民営の介護施設の規模は比較的小さく、入所率は低い。各介護施設はハードの違いによって、料金基準も異なり、一般に保障型、標準型、快適型の3段階に分かれ、国営施設の料金基準はそれぞれおよそ650～850元、550～650元、500～550元である。民営の料金基準はそれぞれ750～1,600元、650～1,200元、500～950元程度と異なり、現段階ではまとまった収益を上げるまでには至っていない。

介護施設の大量な供給不足と公営および民営介護施設の発展がアンバランスな現状に対し、近年、大連市政府は一連の優遇策と運営補助により、各種介護施設、特に公営介護施設以外の社会的力が設立した介護施設の発展を奨励し支援している。2010年に大連市民政局、財政局が共同で公布した「关于完善大連市養老機構和居家養老資金補貼政策的通知（大連市介護施設および在宅介護資金補助政策の改善に関する通知）」は近く実施される予定で、これは新規施設のベッド補助基準を引き上げただけでなく、非営利介護福祉施設に運営補助を交付し、また、都市部の特に困窮している高齢者の在宅介護サービス補助基準を引き上げ、介護福祉施設に入所する都市部の特別困窮高齢者に補助を与える。主な内容は次の通り。

1. ベッド補助金。2010年より、社会的力が設立した各種非営利介護福祉施設は、新規介護施設のベッドに対する大連市財政からの補助基準が調整される。具体的には、中山区、西崗区、沙河口区、甘井子区および大連ハイテク産業パーク区では新規施設のベッド1床の補助が2,000元から5,000元に、改築・拡張した介護施設は1床の補助が1,500元から4,000元に引き上げられ、その他の区・市・県では新規介護施設のベッド1床の補助は4,000元、改築・拡張した介護施設は1床の補助が3,000元となる。補助を受ける介護福祉施設のベッド数は30床以上なければならない。ベッド数は介護福祉機構の総建築面積に基づき、1床当たりの占有面積は25㎡以上で査定する。補助金の支給方法は5年間で支給する方法から3年間に2回支給する方法に改める。2007年から2009年の新規介護用ベッドの補助基準は元の基準に従って支給するが、支給方法は3年間に2回支給する方法に変更する。

2. 日常運営補助金。2011年1月から2015年12月まで、非営利介護福祉施設に対し、大連市戸籍の高齢者の受け入れ人数に基づき、市の財政から日常運営補助を支給する。補助基準は、中山区、西岗区、沙河口区、甘井子区および大連ハイテク産業パーク区は1人につき毎月100元、その他の区・市・県は1人につき毎月80元である。

3. 税制面での優遇。大連市は介護サービス施設の設立に対して優遇税を適用する。具体的な内容は次の通り。老人ホーム類の介護サービス施設が提供する介護サービスについては営業税の徴収を免除する。福祉、非営利の高齢者サービス施設の自家用不動産、用地については、不動産税、都市部土地使用税の徴収を免除する。登録失業者、障害者、退役軍人、農地・漁場を失った農業・漁業従事者、農村部戸籍から都市部戸籍に変わった住民、大学卒業2年以内の者、特に特殊な困難（独居、身寄りが無い、高齢、重病、経済面での特別な貧困をいう——訳注）を抱える計画出産家庭が介護サービス業を行う場合、工商部門への登記日から3年以内は、管理類、登記類、許可証類など関連の行政事業徴収費を免除する。

4. 優先政策。失業者、障害者、退役軍人、軍人の家族、海外留学からの帰国者、大学院・大学・短大・専門学校の卒業生、海外で出稼ぎ勤務した後に帰省した者が介護サービス業を起こすに当たり自己資金が足りない場合、小額の担保で融資を申請することができる。このほか、社会的力が設立した介護サービス施設内にある条件を満たした診療所は、衛生部門が優先的に「医療機構執業許可証（医療機関営業許可証）」を交付するとともに、都市部従業者（住民）基本医療保険および新型農村合作医療の指定範囲に含めなければならない。

5. 土地使用優遇策。分与方式で用地を供給すべき福利目的の非営利介護施設には、優先的に用地を分与する。有償で用地を供給する場合は、地価を優遇する。社会的力および外資が設立する営利性介護サービス施設（工商、税務部門で登記する介護サービス施設をいう）に対し、用地供給を優先的に保障し、工業用地を参照し基本的に同じ地価とする。集団所有の非農地を収用または使用し社会福祉介護施設を建設する場合、国の規定に基づき土地所有権帰属調査費、地籍測量製図費を免除する。

（二）大連市介護施設が直面している主な問題

この数年、大連市政府は人口の高齢化問題を高度に重視し、絶えず政府の推進力を強め、各方面の力を十分に引き出し、介護福祉事業の発展のために政策支援と資金保証を提供し、多様化した介護サービスの新たな構図を作り、社会介護サービスネットワークを初歩的に築き、このうち多くのモデルは大連市が全国に先駆けて初めて創設したものである。国家民政部の関係指導者も高く評価したが、実際の運営にはなおいくつかの問題がある。

まずは、介護施設数およびベッド数の需給において矛盾が際立っている。大連市には現在、各種介護施設が300か所余り、ベッド総数が3万床余りあるが、介護を必要とする高齢者は110万人以上に達し、ベッド総数は高齢者総数の3%に過ぎず、

国際的に通用している比率5～7%に比べると、その差は大きく、高齢者の介護施設入所需要の比率11.2%に比べると、差はさらに大きい。既存の数量と規模では社会の客観的需要を満たしようがなく、需要の圧力は巨大で、需給の矛盾が際立っている。

次は、各介護施設の料金が高すぎることである。介護施設の料金は健康な高齢者の場合は大部分が毎月1,500～2,000元だが、特別な介護が必要な高齢者だと、料金は3,000元程度となり、多くの高齢者の年金水準を超え、社会の周縁に生きる弱者としての高齢者にとって、その年金とは大きくかけ離れ、とりわけ生活費の出どころがなく、毎月政府からの最低保障金に頼って生活している高齢者にとっては負担できない。このほか、国営介護施設の規模は比較的大きいほか、多くの民営化以後施設の規模はいずれもかなり小さく、一般に数十床あるだけで、介護産業として大規模な効果と利益をなしようがないが、公立の福祉施設と比べ、民営老人ホームはさらに利潤を上げねばならない。例えば、民営老人ホームが1人の健康な高齢者を受け入れる場合のコストは1,300～1,500円で、毎月の料金を2,000元として計算すると、高齢者1人の収益率は必ずしも高くなく、もし空床率を加えると、収益率はさらに低くなる。^①

そのほか、各種介護施設の発展がアンバランスである。統計によると、大連市の民営老人ホームは入所率が依然として60%に届かず、空床率が40%近くに達している。空床の程度はまず老人ホームの用地選定と比較的密接な関係があり、遠く離れているほど、空床の程度が深刻で、市街地から離れた民営老人ホームによっては空床率が70%以上のところさえある。民営老人ホームは資金に余裕がないが、市街地の建物は賃料が大変高く、このために条件を下げざるを得ず、地価と賃料が比較的安い近郊または農村を選び、この結果、大多数の民営老人ホームはハイテク産業パーク区、甘井子区に分布し、北三市（瓦房店市、普蘭店市、莊河市の3市——訳注）に位置するのも少なくなく、多くの民営介護施設はかなり辺鄙なところにあり、地域社会から離れているか、または市街地や駅から遠い場所にあり、高齢者が近くを熱望しているのとは異なり、一部では高齢者の入所ニーズを限定し、入所率の低下につながっている。これと好対照をなすのが、一部の市街地にある公営介護施設で、入所には順番を待たねばならないが、順番待ちは決して珍しいことではなく、例えば市の社会福祉院は、空床がないだけでなく、順番待ちの高齢者は100人を超えている。市街地の民営老人ホームの空床率は10%以下を維持している。このほか、民営介護施設の発展を制約する要素にはハード施設とサービスレベルが限定される点がある。業界主管部門の統計によると、大連で標準を満たした老人ホームを建設しようとする、1床当たり少なくとも15万元以上を投資しなければならず、100床で計算すると、中・小規模の老人ホームを建てるには、最低1,500万元を投入しなければならない。だが、多くの民営老人ホームの経営者はそれほど十分な資金があるわけではなく、多くの民営介護施設は建設資金不足に直面している。このほか、民営老人ホームの多くは提供するサービスが単一であるため、健康な老人を受け入

れることしかできず、自立生活能力がなく専門の看護を必要とする要介護高齢者にとっては、受け入れ条件が整っておらず、入所するには高齢者自身がヘルパーを連れてこなければならないところすらある。しかし実際には、老人ホームへの入所を本当に必要としているのはこうした要介護高齢者である。

さらに、介護施設が直面している重要な問題は専門の看護スタッフが足りないことである。現在、大連市の介護サービススタッフは著しく不足し、専門の研修を受けた人材はさらに少なく、専門のスキルにはかなり劣る。医療スタッフ不足は介護サービス多様化へのニーズとかなり大きな開きがあり、高齢者に対する経済的な介護の提供、健康面での世話、メンタルケアなど多方面での需要を満たすことは難しく、介護施設の機能を弱めている。各種介護施設の一般看護スタッフの不足はおよそ20～30%で、専門のリハビリ療法士、保健士、栄養士、心理カウンセラー、看護師、高級看護職員、技師など専門人材の不足は約80%以上である。専門人材が不足しているため、介護施設の多くはサービス項目が比較的単一で、サービスの質は相対的にかなり劣り、サービスは清掃、洗濯、食事など日常生活の面倒を見ることに限られる。メンタルケア、理学療法、栄養と保健、レクリエーション、高齢者の文化、教育、体育、ターミナルケア、心理カウンセリングなど専門的なサービスは少なく、高齢者の多様化したニーズを満足させることはできず、介護施設の専門的なサービス機能を実現するすべがない。

介護業界の人材が不足している主因としては、労働密度や労働に求められる要求が高い一方、給与や社会保障、社会的地位が低いことが挙げられる。介護サービス部門の魅力が低く、スタッフの流動性が高いことが、大連の介護サービス人材の需給格差の拡大を招き、とりわけハイレベルの専門人材が不足している。調査によると、大連市の各種介護施設サービススタッフの平均給与は1,500～2,000円で、他の業種の平均水準よりかなり低く、他のサービス業界よりも低い。福祉保障の水準も低く、国営介護施設を除き、5つの保険と1つの積立金（養老保険、医療保険、失業保険、労働災害保険、出産保険および住宅積立金——訳注）を納めている介護施設は少ない。介護施設にはさらに専門的な研修と継続教育の関連制度が不十分である。大連市職業技能鑑定中心の統計によると、大連市では2003年からこれまで、わずかに3,239人が国家介護・看護師職業資格評定試験に参加し、職業資格証書を取得したのは2,830人だった。調査したところでは、証書を取得しても種々の理由で、介護・看護職に就かない者も少なくない。

以上をまとめると、大連市の施設介護の発展は速いが、介護市場のサービス需要にはまだ十分にこたえられていない。近年、政府はこの問題を重視するようになり、優遇策と補助を絶えず打ち出して各種介護施設を支援し、介護事業の発展を重要内容として「第12次5か年」計画に組み入れ、介護事業に対する目標、投入、配置などの計画を定めた。「第12次5か年」期間、大連市は市レベルで介護サービス業の発展に6億元近く、毎年平均1億2,000万元を投資し、都市部と農村部のベッド総

数を5万床以上、高齢者1,000人当たりの介護用ベッドを約45床とし、介護サービス体系構築の国内トップレベルの都市となり、まず困難を抱える高齢者、「三無」高齢者（低収入、労働能力がない、法定扶養者がいない高齢者——訳注）の介護需要を保障し、保障型介護施設の規模を拡大し、在宅介護サービスの内容を充実させ、「適度普惠型介護サービス」（政府および社会が現地の経済・社会状況に応じて住民に提供する、基本的生活の主な面をカバーした介護サービス——訳注）体系を徐々に構築し、農村の区域の中心的な老人ホーム61か所を改築する。3年続けて介護用ベッドの新設を政府の民間向けプロジェクトに取り入れ、また、補助政策を公布して奨励および支援を行い、毎年補助資金として600万元余りを投入する。一方、施設介護の領域は依然として介護施設の不足、需給矛盾の顕在化、公営および民営介護施設の発展のアンバランス、介護施設の高過ぎる料金、専門の看護スタッフ不足などの現実問題に直面しなければならず、従って、介護サービスの需給の差に対しては、政策支援と施設介護の改善指導を行うと同時に、地域と在宅介護を発展させることも選択すべきである。

三、大連市在宅介護の概況

中国の介護モデルには主に、家庭介護（家族の範囲内で、主に子が年長者の生活の面倒を見る介護方式——訳注）、施設介護、地域介護、在宅介護（家庭を中心に、地域サービスと専門サービスを利用して高齢者の面倒を見る一種の民営化サービス——訳注）の4種類がある。現在、中国の経済はまだ発展途上にあり、政府財政から十分な経費を提供し施設介護を中心とする高齢者福祉事業の全面的な発展を図るすべがなく^①、こうした情勢の下、「在宅介護」は伝統的な家庭介護を基礎に形成され、地域をよりどころに、従来の介護モデルより優れた特色を多く示している。大連市政府はここ数年、積極的に在宅介護と地域介護を発展させ、特殊な困難を抱える高齢者のために在宅介護サービスを購入し、政策により生活保護を受けている高齢者（以下、生活保護受給高齢者）全員をカバーし、毎年支給する補助金は1,000万元余りに達し、介護事業の発展に大きなプラスの作用を及ぼしている。

（一）在宅介護補助

大連市は2011年1月より、特殊な困難を抱える都市部高齢者向け在宅介護サービス補助基準を引き上げた。このうち、自立生活能力を持つ者には1人当たり毎月100元、80元の基準を維持し、自立生活能力を部分的に持つ者には1人当たり毎月200元増額し、自立生活能力を完全に喪失している者には1人当たり毎月400元増額した。補助はサービス券の形で支給している。介護福祉施設への入所を選択する、特殊な困難を抱える都市部の要介護高齢者に対しては、介護福祉施設への入所費用を

^① 程宸、海鴻雁、袁玲玉（2013）「我国新型『居家養老』模式發展研究（我が国の新型『在宅介護』モデル發展研究）」『新西部中旬刊』2013年第1期

補助する。補助基準は次の通り。自立生活能力を部分的に持つ者には1人当たり毎月400元、自立生活能力を完全に喪失している者には1人当たり毎月600元を補助する。特殊な困難を抱える高齢者が介護福祉施設入所補助を受けている場合は在宅介護サービス補助を同時に受けることはできない。大連市各区が採用した具体的な措置は、生活保護受給高齢者に介護サービス券を普及させることで、すなわち特殊な困難を抱える高齢者向け在宅介護サービス補助と介護福祉施設入所補助は「サービス券」の形で支給され、必要な資金は主に区・市・県の財政が拠出し、市級財政は適切に補助する。例えば、大連市金州新区民政局が採用した方法は、自立生活能力を持つ、自立生活能力を部分的に持つ、自立生活能力を完全に喪失している、の3つの判断に基づき、区財政から毎月定期的に介護スタッフに補助が支給され、在宅介護サービスを受けている高齢者は、サービス費用全額が政府から支払われることになる。このために新区は区民政局に在宅介護サービス業務弁公室を、14の街道に在宅介護サービスセンターを、54の地域に在宅介護サービスステーションをそれぞれ開設した。区、街道、地域の3つのレベルの在宅介護サービスネットワークが築かれ、すでに398人の高齢者が在宅介護サービスを受けている。

大連市中山区は生活保護受給高齢者向け介護サービス券の普及に乗り出して以来、毎月400人近くの生活保護受給高齢者に介護サービス券を支給し、政府が購入するサービス項目は高齢者の生活に対する需要が伸びるにつれて増加しており、現在、受けることのできる無料サービスは20項目余りに上っている。今後は介護サービス券の普及に伴い、サービス券の利用拠点と利用範囲をより拡大し、サービス内容は医療、飲食、家政など日常生活の分野約50項目をカバーする予定である。生活が困難な高齢者の多様化した介護ニーズを満足させるため、中山区党委員会、区政府は絶えず投入を拡大し、管轄区のサービス資源を整理統合し、介護サービス券の使用範囲を拡充し、高齢者の生活の質を高めた。介護サービス券の補助対象は中山区内の60歳以上の生活保護受給高齢者で、このうち自立生活能力を持つ高齢者への補助は1人当たり毎月100元、自立生活能力を部分的に持つ高齢者は1人当たり毎月300元、自立生活能力を完全に喪失している高齢者は1人当たり毎月500元となっている。中山区は管轄区の商店と十分に意思疎通を図り、宣伝を行ってから、高齢者向けに便利で優れたサービスを提供する意欲のある商店でチームを結成した。高齢者はサービス券があれば治療、入浴、理髪、家政、家電修理など日常生活に必要なサービスを無料で受けられるだけでなく、自身の必要に応じて、自身に合ったサービス内容、サービス方式、サービス時間、サービススタッフを選ぶことができる。サービス券で得られるサービスはいずれも市場価格より「お得な内容」となっており、安いサービス価格で通常価格のサービスを受けることができる。介護サービス券で直接支払えばよく、毎月民政部门が一括して清算する。現時点では、政府は生活機能障害の状況に基づいて困難を抱える都市部の高齢者に在宅介護サービス補助を支給し、在宅介護サービスの購入に利用している。以前は高齢者サービスに関する情

報やそれにアクセスするルートが限られていたため、介護サービスの質を保証しようがなく、もめ事になっても訴え出ることが難しかった。今日では高齢者はサービス券を持って地域密着型介護サービスセンターに行けば、便利で、優れたワンストップサービスを受けられ、サービス券の実効性を引き出し、在宅介護サービスが本当に必要なところに行き届くよう保証している。同時に政府も別の形で出資して地域密着型介護センターの日常運営を支援し、良好な運営を確保にしている。

(二) 在宅介護サービス体系：沙河口区の実践例

大連市沙河口区は2002年に中国で初めて在宅介護サービス体系を築き、10年の発展を経て、中国のかなり確立した在宅介護モデルとなった。大連市沙河口区老齡弁公室の2007年統計データによると、全区民約67万人のうち、60歳以上の高齢者は10万1,223人で、このうち60～69歳が48.8%を占め、高齢者介護活動をしっかり行い、高齢者の晩年の幸せを保障することは、政府の当面の重要事項である。

沙河口区の介護サービスは初め民権街道（今の中山公園街道）で試行され、同街道は大連市の西部にあり60歳以上の高齢者は9,700人余り、所轄区域の総人口の12%を占めていた。「四二一」の家族構成（祖父母4人、親2人、子供1人——訳注）が普遍的になるにつれ、家族の高齢者介護能力は徐々に弱まり、施設介護は条件が難しく、料金が高いために、多くの高齢者の経済力を超える。このほか、中国の「老人の世話は家でする」との伝統的な考えにより大部分の高齢者は晩年に住み慣れた住環境を離れることを望まず、高齢者の生活環境や地域環境を変えることは高齢者の健康にはマイナスで、高齢者の介護問題はすでに深刻な社会問題になっている。これ以外に、管轄区内にはリストラされた高年齢の女性労働者が2,000人ほどいるが、学歴が低く、高年齢で、技術が単一で、就業競争力がなく、生計を立てることが難しい状態にあった。そこで、中山公園街道は2002年9月に全国初の在宅介護サービスセンターを設立し、専門の研修を受けた高年齢のリストラされた労働者13人を初の在宅介護の介護スタッフとし、13世帯の身寄りのない高齢者（中国語では「孤寡老人」。配偶者、子どもがいないため、老後の世話をしてくれる人おらず、かつ労働能力を失った60歳以上の高齢者をいう——訳注）17人に「24時間制」介護を行い、介護と就業の一石二鳥を実現した。

在宅介護が始まった当初、沙河口区政府はまず慈善会のために5万元の「在宅介護サービス」資金を拠出した。同時に、初のモデル地である民権街道の関連政府と地域スタッフの努力により、68の組織が新たに成立した地区慈善組織に加入し、全部で15万8,000元の資金を調達し、在宅介護センターの開業のために基金を保障した。在宅介護サービスの整備に伴い、現段階では在宅介護の資金源は主に次の3つとなっている。1つは政府資金援助で、在宅介護サービスセンターの開業費と中・低所得高齢者の介護補助に利用する。沙河口区が公布した「家庭養老院補貼弁法（家庭老人ホーム補助弁法）」によると、政府の在宅介護補助は主に「三無」高齢者および自立生活能力を持たない高齢者世帯に対するもので、1世帯当たり毎月100元、

200 元、300 元の 3 種類の基準があり、補助の対象は主に同地に戸籍があるまたは居住している高齢者である。政府補助は一部が財政から拠出され、一部は福祉宝くじの発行でまかなわれる。2 つ目は、企業、事業単位および個人からの寄付により、目下のところ在宅介護の資金体系の中では比率は小さい。3 つ目は、地域の高齢者が個人で支出してサービスを購入することで、現在の在宅介護資金では主要な財源である。

今後の在宅介護サービス資金の発展の方向性について、沙河口区政府は投資主体化、運営メカニズム市場化の資金運営システムを徐々に構築することで、政府は介護サービスの購入による資金援助を通じた、社会的力は互惠性のある寄付による参入を通じた、個人は購入による消費を通じた新型融資モデルを築くことを提案した。このモデルでは、政府の財政支援は依然として主導的な機能を発揮し、在宅介護サービスを一定の規模にすることを保証できるだけでなく、社会介護の公益性を維持することが可能で、高齢者の社会福祉を増強し、再就職を促した。こうした基礎があって、徐々に市場化した運営方式を通じて、ますます多くの高齢者を在宅介護サービス購入の方向に呼び込むことができる。^①

四、大連市地域介護の概況

消費習慣と文化的な影響により、多くの高齢者は介護施設への入所に消極的であり、こうした状況を鑑みて、大連市は重点を施設介護から地域介護へと移し始め、こうして政府が構築したプラットホームが高齢者にデイサービスを提供している。普及のために全市の介護サービスは適度な優遇型へと発展させることにした。2010 年から、大連市政府は「城郷地域養老サービスセンター建設発展 3 年計画（都市部・農村の地域介護サービスセンター建設発展 3 年計画）」（以下「計画」）を実施し、また 3 年連続で政府の民間向けプロジェクトに組み入れ、優遇化した介護サービスへの重要な一歩を踏み出した。大連市民政局の唐煥臣副局長は次のように紹介した。「都市部・農村の地域介護サービスセンター建設発展 3 年計画の実施は、大連市介護サービス業発展の指導思想の重要な転換を具体化したものと言える。第一に、政府の投入を拡大し、政府主導を具現化した。計画の建設任務は主に政府が担当し、同時に現在は関連政策の制定を研究しているところで、政府の信頼性と保障をより確かなものとした。第二に、介護サービス業の都市部と農村での一体化した発展を重視し、初めて農村の地域介護サービス施設建設と在宅介護サービスを統一の計画と検討事項に入れ、農村地区の介護サービス不足の問題を改めることに力を入れる。第三に、積極的に優遇化に向けて介護サービスを発展させ、介護サービス業発展の重心を地域、末端に移し、地域の拠点としての役割を強化し、高齢者の在宅介護により効果的なサービスと保障を提供する。

「計画」は、2010 年から 3 年間で、各地域介護サービスセンターは少なくとも 2,000

人の高齢者に影響を与えるとの標準に基づき、全市の都市部・農村部地域に 255 か所の地域密着型介護サービスセンターを建設し、主にデイサービス、訪問介護サービス、仲介サービス、救急サービス、体操・リハビリサービス、メンタルケアおよび文化生活サービスなどの提供を担当するよう求めている。建設標準の面では、「計画」は、地域介護サービスセンターは本所轄区内の高齢者の外出に便利で、生活しやすい場所に建設しなければならない、可能な限り地域医療衛生サービスセンターに隣接させるか、その近くに建設する必要があるとし、高齢者の実需に基づき高齢者の視点に立った標準を設定している。原則的に 3 階建てまで、建築面積は 200 m²前後とした。内部には「四室一厨」、日中の休憩室、娯楽室、図書学習室、体操・リハビリ室および調理室（サービスを集約し、食事宅配拠点を設立してもよい）がなければならない。日中の休憩室は適切にベッドを設置し、娯楽室には高齢者が好む娯楽用品を備え、図書学習室には一定数の書籍と定期刊行物を揃え（条件が整っているところは、コンピューター、インターネットなどの学習設備を配備するよう提唱）、体操・リハビリ室には高齢者に適した運動機材・リハビリ機材を設置し、調理室には必要な防火および消毒設備がなければならない。同時に、水、電気、ガスおよびテレビ、電話、コールシステムなどの施設・設備を完備しなければならない。内装は高齢者の身体と居住という特徴を考慮し、「バリアフリー」に重点を置き、階段は可能な限り段差を小さくし、壁には手すりを取り付け、床には滑り止めを施し、室内の家具と設備には目立つ角と出っ張りがあってはならない。^①

2012 年 11 月末までに、総投資額 7 億 1,000 万元、総建築面積 10 万 2,300 m²に上る 255 か所の地域密着型介護サービスセンター 3 年計画建設任務はすべて完了した。地域密着型介護サービスセンターは政府在宅介護サービスネットワークの最も末端の施設として、所轄の在宅介護サービス活動に責任を負い、在宅介護と地域介護の共同発展を実現した。平日は子供が出勤し、一人で自宅にいて孤独を感じる高齢者はいつでも地域密着型介護サービスセンターに行き、将棋・囲碁・カードゲーム、書道、体操などの文化・娯楽活動を行い、昼は介護サービスセンターの食堂で原価分の料金を払うだけで食事をとることができ、夜に家族が帰宅してから自宅に戻ればよい。高齢者は毎月 20 元を支払うだけでよく、生活保護世帯で 80 歳以上の高齢者は無料である。このほかに、地域密着型介護サービスセンターは地域のデイサービス、訪問介護サービス、仲介サービス、救急サービス、体操・リハビリサービス、メンタルケアおよび文化生活サービスを担い、高齢者が自宅で何か必要があるときは、電話をかけさえすれば、サービスセンターがスタッフを派遣し、サービス内容によって一定の費用を徴収する。一部の地域ではさらに訪問サービススタッフのランク評定制度を導入し、スタッフのサービスレベルと好感度によってランク付けし、競争を通じて全体のサービスの質を高めている。^①

^①人民網 2010 年 4 月 19 日付記事「大連出台城郷社區養老服務中心三年建設規畫（大連が公布した都市部・農村社區介護サービスセンター三年建設計画）」、<http://politics.people.com.cn/GB/14562/11404891.html>

都市部・農村部の地域密着型介護サービスセンターは区・市・県、街道（郷鎮）の出資設立を主体に、社会的力に街道（郷鎮）との合作を通じて参入するよう奨励している。経営管理には地域経営または「民営公助」、「公建民営」の形式をとることが可能で、民営化、市場化方式での運営を奨励している。すでに完成し、上記の建設基準に合致する地域密着型介護サービスセンターに対し、市政府は「奨励金を補助金に代えて支給」する方式で、各地域密着型介護サービスセンターに30万円の補助資金を支給し、主にサービスセンターの内装と設備・施設の追加に利用することとし、3年間で計7,230万円の補助資金を投入した。計画の確実な実施を保障するために、大連市は「地域密着型介護サービスセンター建設指導グループ」を設立し、全市の地域密着型介護サービスセンター建設の全面的な指導と総合的な調整を担当させた。紹介によると、次に大連市は実需に基づき、介護サービスセンターの建設をさらに改善し、地域介護サービスの水準を絶えず向上させ、介護サービスセンター建設を市街地全域で推進し、最終的に都市部と農村を全てカバーする。

五、大連市介護事業発展の対策への提案

（一）多層的な介護施設を積極的に開発し設立する。

大連市の実情から考えると、介護モデルは多様化すべきである。現段階では「在宅介護を基礎に、地域介護をよりどころに、施設介護を補足とする」介護モデルを打ち立て、段階的に、積極的かつ着実に在宅介護と施設介護の過程を推し進めなければならない。介護施設数が明らかに足りないという現実に対し、社会の各部門の協力、資産の活用、増量の開発を行わねばならない。今後施設数を拡大するに当たり、大多数の高齢者の支払い能力を考慮し、介護施設の建設と開発の際、一方で介護施設に対する需要を満たすことができず、また一方で介護施設が利用されないままになるという状況を避けなければならない。異なるタイプの介護施設を建設すべきで、例えば家庭型、医療リハビリ型など、高齢者が各自の状況、必要に応じて選択できるようにする。これと同時に、高齢者の身体・健康の状態、生活機能障害の程度、収入レベルに基づき、分類して管理する必要がある。貧困者の介護問題解決に重点を置き、多層的な介護が協調して発展する介護の枠組みを築き、各種介護施設の職責の区別を明確化する。公営介護施設は三無老人と低収入層を主管する。民営介護施設は介護施設への入所を求める自費の高齢者、すなわち中・高所得者および一部の比較的収入が少ない高齢者を主管する。在宅介護の方面では、低収入の高齢者の介護には政府が補助を支給しなければならない。負担能力がある高齢者は自身で支出してもよく、地域により比較的質の高いサービスが提供される。同時に各方面の制度と政策を改善し、多層的な介護体系の職能、政策で優遇する範囲、政府補助の金額などの基準を設ける。3つ目は、政府によるサービス施設への監督管理を強化することで、高齢者が価格面で合理的な優れたサービスを受けられるよう保障する。

(二) 保障型介護施設の規模を拡大する。

現在、大連には都市部・農村の介護福祉施設は全部で315か所、介護用ベッドは3万6,000床あるが、公営の保障型介護施設（福祉式の政府介護）はわずか15か所、ベッドは4,000床しかなく、高齢者の介護需要に応えることができない。大連市政府はすでに「大連市加快発展養老服務業的意見（大連市の介護サービス業発展加速の意見）」を公布し、介護福祉事業は政府による投資建設でベッドを確保することを中心とし、保障型介護施設の建設または拡張を加速すると明確化した。

(三) 在宅、地域介護モデルを積極的に推進し、その機能をさらに改善する。

社会介護モデルを発展させると同時に、在宅介護の作用を軽視してはならない。在宅介護モデルは高齢者が生活の中で遭遇する様々な問題をすぐに解決できるだけでなく、高齢者の生活環境を変えることなく、高齢者の生活習慣に配慮し、新しい就業ルートを開拓し、地域の失業者の再就業問題も解決できる。同時に、社会介護のプレッシャーを緩和し、政府の負担を軽減することもできる。従って、在宅介護サービスは中国の国情に合い、広範な市場発展の潜在力がある。だが、現状からすると、在宅介護サービスはなおも管理面の標準化、運営の仕組みの市場化が必要で、在宅介護サービス施設のチャンスと活力を増強しなければならない。

1. 地域介護の連携機能を発揮する。「在宅介護を基礎に、地域介護をよりどころとし、施設介護を支えとする」介護サービスの新しい構図を全面的に築くために、地域介護は拠点と連携の機能を積極的に発揮しなければならない。一方では、地域サービスを受け皿、在宅介護サービスを入り口とし、地域サービスを家庭に取り入れ、地域サービスと在宅介護の緊密な結びつきを促す。もう一方では、専門施設のリハビリの理念を地域に取り入れ、効果的な連携を実現し、限りある資源で最大の効果を発揮する。「地域介護サービス圏」を築き、全ての高齢者が地域の外に出なくてもサービス地点で介護サービスを受けられるようにする。地域介護サービス支援ネットワークを構築することは資源をより良く整理統合し、多くの高齢者の実需を満たすために、地域の拠点としての機能を十分に発揮し、在宅介護サービスを入り口に、地域サービスと専門化した施設サービスを家庭に導入する。

2. 地域サービスと在宅介護、施設介護の緊密な結びつきを促す。地域というサービスプラットフォームを通じて政府、企業、非営利団体、個人など多方面の力を整理統合し、資金、人材、政策、メカニズムの4つの方面で地域介護サービスを援助し、資金主体の多元化、人材育成の常態化、監督管理の制度化、運営発展のモデル化を促すことで、「地域介護サービス援助ネットワーク」を構築し、地域が介護サービスのために最大の効果を発揮するようにし、介護サービスの健全な発展を推進する。

3. メカニズムを刷新し、運営発展のモデル化を促進する。高齢者の様々なサービスへのニーズを満たし、在宅介護サービス券の使用範囲を広げ、地域レベルでワン

ストップサービスを行う。高齢者のニーズに基づき、サービスの実体を調整し、高齢者のために情報と各種サービスチャンネルを提供し、権益が侵害された高齢者をサポートし、地域のケアと医療施設のサービスを有機的に連携させ、地域介護サービス援助ネットワークを構築する。地域介護サービスセンターの運営モデルを模索する。政府設立・市場化運営のモデルを採用することが可能で、地域介護サービスセンターが持つデイサービス、家政、リハビリ、救急サービスおよび高齢者の活動と学習の機能を最大限に引き出し、周辺地域にまで在宅介護サービスの影響を及ぼし、地域介護サービスセンターの持続可能な発展を確実にする。

(四) 社会資源を整理統合し、政府、社会および民間資本の作用を十分に発揮する。

現段階では、中国の介護福祉は不足補充型から「適度普惠」型へと変わりつつあり、政府はおおかた、「三無」老人、家族が死亡し身寄りのない高齢者、生活保護受給世帯の高齢者に対して一定の補助を支給し、しかもこうした補助経費は主に民政部門から支出され、資金はかなり限られている。中国にはまだ高齢者看護保険制度が設立されておらず、高齢者の看護費用は現行の介護保険と医療保険では解決できず、費用は基本的に個人収入からの支出に頼っている。高齢者の可処分所得は少なく、購買力が低いために、ニーズのある高齢者の地域介護サービスの利用を著しく制約している。地域介護サービスに安定した資金源を保証するためには、個人または政府のどちらか一方の力に頼るだけでは対応しきれず、将来的には政府、個人、企業の複数が共同で資金調達するモデルを採用すべきで、次の方面で資源を整理統合することができる。

1. 特別項目の地域介護資金を各区・市・県の政府財政予算に組み込み、徐々に安定した特別資金投入の枠組みを作る。^① 特別地域介護資金には2つの用途が認められる。1つは、政府補助を通して高齢者に無料の地域高齢者サービスを提供する。もう1つは、市民の看護保険加入である。この2つの用途は単独で利用してもよく、相互に補足しても、総合的に利用してもよい。介護サービスの財政投入を増加する。介護サービス業発展を加速するカギは政府の財政投入を増すことである。一部高齢者の収入では基本的な生活を維持するしかできず、もともと介護サービスを購入する条件がなく、従って、大連市政府には高齢者の収入レベルに基づき、政府が社会的ケアの平均統一基準を設定し、高齢者に様々なレベルの生活ケア補助を提供し、収入レベルの異なる高齢者が平等にケアサービスを受けられるようにし、また、財政支出構造の調整をさらに強め、公共財政の介護サービスへの投入を増やし、高齢者の生活の質を適切に改善し、高齢者の多元化介護サービスに対するニーズを満足させるためにしっかりとした資金保障を提供するよう提案する。一方で、市級財政

^①胡敏潔(2007)「給付行政与行政組織法的变革—立足于行政任务多元化的观察(給付行政と行政組織法の变革—行政任务的多元化に立脚した观察)」『浙江学刊』2007年第1期。

は制度化した高齢者事業資金投入メカニズムを構築し、複数のルートで社会資金を調達すべきで、全市の GDP 成長率と毎年の財政収入増加率の比率に基づいて適切に拠出し、介護保障への投入が財政支出に占める割合を年々引き上げる。各区（市）県政府も現地介護サービス業務の実需と結びつけ、介護サービス業への財政資金投入を徐々に拡大し、地方財政の高齢者事業投入増加率が政府財政収入の伸びを下回らないようにしなければならない。もう一方では、各級政府はしっかり財政投入すると同時に、非営利介護施設、介護サービスのボランティアに対し、特に在宅介護サービスの対象および就業者に対し一定の福祉補助金を支給すべきである。費用の減免では、社会介護福祉施設および同施設が提供する介護サービスは土地収用、税収、水道・電気、ガスなどの面でも適切な優遇策を受けるべきである。

2. 政府は優遇税の政策を通じて、民間組織と非営利社会組織の介護サービス提供における積極性を引き出し、民間資本の社会介護事業への直接参入を奨励し支援すべきで、政府コストを軽減し、介護事業の活力をかき立て、社会介護事業の健全で秩序ある発展を推進することが望まれる。市場主体の加入を通じてもともと国家レベルに属していた社会保障義務を負担することは、現代福祉国家が給付行政を実行する重要な手段でもある。^① 高齢者介護の民営化の過程において、社会的力を高齢者福祉事業参入に十分に動員できるかどうかは介護の民営化を進める上で最も核心的な要素である。さらに多くの社会的力が民営介護施設の建設に参入することを奨励するために、市政府は資金を投じて全市の現職の中堅介護スタッフ向けに無料で研修を行い、民営資本が設立した社会福祉施設への支援を強化する。民営資本が設立した社会福祉施設は営業税が免除されるだけでなく、水道代および電気代の面でも住宅用と同じ価格が適用される。また、ベッドの新設は1床当たり3,000～5,000元の一次補助が支給される。大連市の戸籍を持つ高齢者を受け入れる場合、1人当たり毎月80～100元の運営補助が支給される。

3. 高齢者看護保険制度を模索し研究する。社会保険モデルの試行を通じて、個人と政府が共同で義務を負う優遇制サービスを実現し、高齢者看護の内容を高齢者医療保険制度から切り離し、医療費がもたらす財政負担を軽減すると同時に、在宅看護と地域ケアの機能を強める。

4. サービス施設の選択を見ると、地域をよりどころとすべきである。看護施設を、地域を拠点として設置することには、状況を熟知している、サービスが便利である、速やかに対応するなどの長所があり、看護保険から一定の割合が地域密着型介護サービスの拠点に支給され、サービスの実体から看護サービスを購入する。政府、個人、企業の「三位一体」資金調達モデルと中国の特色ある高齢者看護保険制度を設立する。大連の高齢者の要介護比率は7%に達し、子供が身辺にいない高齢者の割合は64.3%で、これら高齢者は老人ホームへの入所を必要とする潜在グループである。

^①胡敏潔（2011）「履行給付行政任務的私人之法律地位—以養老保障行政為例（給付行政任務履行の私人の法的地位—介護保障行政を例に）」『華東政法大学学报』2011年第2期。

要介護の高齢者1人を受け入れるには、1か月のコストが約4,000元だと老人ホームも利益を上げることができるが、この価格は多数の高齢者にとっては受け入れがたい。看護保険制度はある程度この問題を解決することができ、看護保険類の医療保険は、各人が就職後に納めなければならないが、一定の年齢に達し介護施設に入所する時には、費用の大部分が保険から支払われ、こうすることで個人の負担は大幅に軽減される。

(五) 介護施設のサービススタッフ陣養成を強化する。

介護は高齢者の生理学、医学、看護学、心理学など多くの学科の知識に関連し、従って高齢者の医学、管理学、看護学、栄養学および心理学などの方面の専門人材を早急に育成し、条件が備わっている高等教育機関と中等職業学校には介護サービス関連の専攻または講座を開設するよう奨励し、また関連分野の卒業生には優先的に就職先を手配する必要がある。

このほか、介護サービス就業者全体の資質を高める必要があり、国家職業資格証明書所持就業制度を徐々に推進する。介護施設の高齢者が質の高い、全面的なケアとサービスを確実に受けられるよう、長期計画を定め、資質の高い専門の介護・看護スタッフを育成しなければならない。政府と社会が出資してボランティア活動教育研修施設を設立し、介護サービススタッフの研修を強化し、介護施設のサービスの質とレベルを高め、介護・看護スタッフの職業技能訓練を「大連市政府補助研修職業（肉体労働を伴う職種）」に組み込み、継続教育と研修の開催を通じて、看護スタッフの就業レベルと職業ランクを引き上げる。介護施設、地域の高齢者サービス組織、高齢者に関連する社会組織の看護スタッフおよびサービススタッフに対して職業技能訓練を行い、介護サービス就業者の職業道德、職業技能およびサービスレベルを向上させ、末端の介護施設の行政能力をさらに標準化させる。^① 大連市政府には各種介護施設の管理スタッフと看護スタッフを対象とした専門的な研修に力を入れ、介護サービススタッフ陣の職業道德、サービスレベルおよび職業技能を絶えず高めるよう提案する。条件が備わっている高等教育機関と中等職業学校には介護サービス関連の専門講座を開設するよう奨励し、介護サービス業発展のために資質の高い専門人材を育成し備える。介護サービス就業者の研修を強化し、介護施設スタッフの「証明書所持就業」率を徐々に高め、将来的には全市で介護施設サービススタッフの「証明書所持就業」率を100%としなければならない。もう一方で、要介護の高齢者の付き添い人が不足している問題に対し、大連市の一部地域は失業者とボランティアを組織して介護サービスに参加する方法をとり、成果を挙げている。この方法の最大の特徴は高年齢の女性失業者と高齢者、要介護高齢者の2つの困難を抱えるグループのニーズを結びつけたことで、また、社会的力、特に公益性社会組織の介護サービス参入へのプラスの作用発揮を重視した。関連部門にはこのモデルを引き続き推進し、地域の組織および介護施設が就職難のグループを受け入れるよう奨励するとともに政策面で支援し、この分野で再就職したスタッフとボランテ

ィアには専門の就業前研修を行うよう提案する。

もう一方で、介護サービススタッフ陣の育成にはサービススタッフの給与水準と福利面での待遇を引き上げ、業界の魅力を高めなければならない。各級政府と関連部門は介護サービス就業者の社会保険政策をしっかりと実行し、給与と福利の面で段階的に厚遇し、介護サービススタッフの社会的な地位と尊敬の度合いを高め、社会全体に高齢者を尊敬する気風と高齢者サービスは光栄なこととの理念を打ち立て、介護・看護スタッフ陣が職業に誇りを持てるようにすべきである。

参考文献

- 程宸、海鴻雁、袁玲玉（2013）「我国新型『居家養老』模式發展研究（中国の新型『在宅介護』モデル發展研究）『新西部中旬刊』2013年第1期
- 初煒（2009）「大連市介護事業發展の対策研究」『学習と研究』2009年第6期
- 孫翰林「城市化進程中社区養老服務援助網絡構建及實現路径思考—基于对大連市社区養老服務的調查（都市化の進展における地域介護サービス援助ネットワーク構築および實現方法の思考—大連市地域介護サービスに対する調査に基づいて）『大連研究』p. 49～51
- 張桂華（2013）「加快推進大連市城鄉養老服務業發展的对策建議（大連市都市・農村介護サービス業發展の推進加速の对策への提案）」『遼寧行政学院学報』2013年第10期
- 葛道順、楊団（2004）『大連市沙河口区居家養老院評估与發展報告（大連市沙河口区在宅老人ホーム評価および發展報告）』中国社会科学院社会政策研究中心、2004年
- 朱虹、劉英俠、吳濤、王穎「大連養老服務業發展对策探討（大連介護サービス業發展对策の探求）」『企業家天地』p. 163
- 胡敏潔（2007）「給付行政与行政組織法的变革—立足于行政任務多元化的觀察（給付行政と行政組織法の变革—行政任務の多元化に立脚した觀察）」『浙江学刊』2007年第1期。
- 胡敏潔（2011）「履行給付行政任務的私人之法律地位—以養老保障行政為例（給付行政任務履行の私人の法的地位—介護保障行政を例に）」『華東政法大学学報』2011年第2期
- 劉英俠（2012）「基于大連全域城市化的社区養老服務發展研究（大連全域の都市化に基づく地域介護サービス發展の研究）」『經濟師』2012年第9期
- 才秉性（2005）「養老服務民營化的新探索：大連市開展養老服務民營化的情況調查（介護サービス民營化的新たな模索：大連市が展開する介護サービス民營化的状況調査）」『遼寧行政学院学報』2005年第6期。
- 人民網 2010年4月19日付記事「大連出台城鄉社区養老服務中心三年建設規画（大連が公布した都市部・農村地域介護サービスセンター三年建設計画）」
<http://politics.people.com.cn/GB/14562/11404891.html>
- 2012年03月14日付大連日報 A05面「大連『拐進』老齡化時代（大連は高齢化時代の「曲がり角に入った」）」。

客員研究員個別學術研究報告

高齢者ケアの思想と実践：中日比較研究

羅 紅光

一、研究背景*

「高齢者ケア」が基本的に「愛」と「幸せ」といった精神的なつながりを持つ社会福祉の一環であり、いかなる文化性と地域性をこえる普遍的な課題であるかのようなこの実践は、今日においては世界レベルで大きな転換期に来ている。これまで、資本主義（市場）と社会主義（国家）といわれるほど、際立った制度的措置の違いが二元的にみられたが、20世紀末期にドイツ学者のベーカーが「リスク社会」を訴えた。並びに、イギリスの学者であるA. ギディンスが「右」「左」をこえた『第三の道』^①を唱え始めた。それは、資本主義であろうと、社会主義であろうと、「社会福祉の赤字」（ニーズに追いつかないアンバランス）といったような矛盾を抱えながら、福祉大国が社会福祉の改革に踏み切った理論的な根拠となった。「社会制度」と「主義」では各国の福祉制度の優劣の判断が付かず、まさに制度的「右」「左」をこえた共通の問題となるのである。ここで、問題の焦点として、「富」の生産と分配をめぐる「効率」と「公平」をもとにして、福祉大国において、個人、家族、市場、社会（あるいはコミュニティ）しかも国との諸関係をあらためて考えるようになってきた。このレポートは、特に高齢者ケアの思想と実践を通して、中国と日本は、それぞれ高齢者ケアに関連する社会福祉の改革をめぐってどのように行なわれたか、その共通点と差異が何を意味しているのかを見てみたい。

（一）中日における高齢者社会の現状とその改革の動き

1、中国

2011年まで、60歳以上の高齢者は1.85億になり、総人口に占める割合（高齢化率）も13.7%となった。2013年高齢化率は14.8%となった。

中国では、一般的に60歳以上から高齢者と呼ぶ。中国の「年金制度」によって定義されており、65歳の目処もあるが、さほど統一されていない。

2、日本

2012（平成24）年まで、65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,07

*この研究は、JICAが2013年に委託した「高齢化問題に関わる情報収集と確認調査」の援助によって、中国社会科学政策研究センターと社会学研究所社会人類学研究室との共同研究で行なわれた。その間、中国と日本それぞれの研究者と機関の多大な協力を賜った。この場を借りて心から感謝の意を表したい。

^①野尻武敏は日本人の中でいち早く『第三の道』（1997年）を唱えた一人である。

9万人（前年2,975万人）となり、総人口に占める割合（高齢化率）も24.1%（前年23.3%）となった。

日本では、65歳以上から高齢者と呼ぶ。国連の「高齢化社会」の定義による。

3、日中両国の福祉改革の焦点

(1) 中国の場合（1990年代後半以後）

「公共サービスを均等化」（遲福林）

福祉国家タイプ、改良派。焦点：都市部と農村の均一化、サービス型政府^①。

「最低ラインの公平化」（景天魁）

福祉経済タイプ、改革派。焦点：生命権を尊重した上で、生産力の向上を図る。

「社会福祉を民営化」

ポスト・福祉国家タイプ、改革派。国と並んで社会の役割を同時に重要視（関信平、房莉傑）であり、焦点は「小さな政府、大きな社会」への試み；また、個人の「福祉権利」と「福祉義務」との交換システムを制度的に構築（羅紅光）；焦点は制度的倫理および福祉文化に目を向ける。

(2) 日本の場合（1985年以後）

「社会保障改革案」（経済同友会が提起した主張）

福祉経済タイプ、主流。焦点：「新基礎年金」、ナショナル・ミニマム＋自己負担、小さな政府へ向かう動きを見せた。

「技術革新と市場統合」（萩原康夫）

福祉技術タイプ、主流。焦点：情報化社会とグローバル化がもたらす新しい影響と変化に対応。

「社会福祉の国際化」（阿部志郎）

ポスト・福祉国家タイプ。焦点：国連・国際NGOによる社会福祉。

福祉国家から脱皮するため、日本政府は、金融から撤退^②。その背後に、福祉改革をめぐる将来の発展モデルの問題において、常に「ヨーロッパ型」か「アメリカ型」かの間でさまよう。^③

同じく高齢化社会と少子化を抱える両国でも、その改革の焦点と方法はそれぞれ違い、中国は依然として福祉国家を基本的特徴としているのに対し、日本は市場化、情報化、国際化の特徴を帯びていることが、日中両国の福祉改革の比較から見て取れる。しかしそれを理由としてその違いが両国の制度によるものという結論を出すことはまだできない。

^①孫希有、『サービス型社会の到来』、中国社会科学出版社、2010年。

^②榊原英資、『年金が消える』、中央公論社、2004年。

^③埋橋孝文、1994年、1995年、1999年、また、都村敦子、1990、「日本の選択、西欧型か米国型か」、『日本経済研究』20を参照。

二、研究の方法と基本的枠組み

(一) 研究方法

1、文献解読：

中国と日本は、体制と人口の格差があまりにも大きいので、一定の計算基準にあわせたデータをクリアするが、その中身と深みが抜かれた比較研究法ではその理念と実践が一つにしか見えない。研究者の願望が被研究者の欲望に等しくなってしまう。ここで、この研究のメイン資料を福祉改革以降の理念と実践にしばる。

2、映像分析：

社会福祉改革に関連する地域の映像。鳥取県の智頭町の『ゼロ分のイチ村おこし運動』（NHK）および中国の『ある村レベルの敬老院の壁の内と外』（中国語版、中国社会科学院社会学研究所出品）。解読の参考資料を京都大学杉萬俊夫研究グループの『コミュニティのグループダイナミックス』にする。

3、比較対象としてのミドル概念：

福祉改革、高齢者ケア、福祉文化、ケアの思想、ケアの実践、コミュニティ（社区）
比較研究の難しさ：比較対象となる国々の体制、文化、歴史などが異なり、文化間、国際間の比較研究は不可能だという批判が以前からあった。事実上、国際比較研究の背後には、一定の了解事項が存在することを見失ってはならないのである。^① 本文では、基本的な概念をベースにして、そこから逆にそれぞれの違いを見いだすことが可能だと予測する。つまり、共通の基準からその効果に対するランキングづけを見せるのではなく、人々の行動を一種の意味の表現として、なぜそれが異なったのか、その背景にある文化的かつ社会的要因を比較するのである。これが文化的表現の一つだと考えられるからである。例えば、インドの場合、社会福祉の分析からインド人の性的偏見が見られたのもそれである。^②

(二) 研究内容とその構成

社会福祉の比較研究をめぐって、諸国間の「福祉制度」および「福祉技術」に目が向かうことが大いに目立つ。そのため、研究上において、数量化可能かつ標準化可能だが、社会福祉を取り巻く歴史的基盤と文化的実践が忘れがちである。たとえば、ヨーロッパには「北欧の市民社会の福祉国家型」、東洋には「中国の儒教的福祉国家」、北米には「アメリカの市場型福祉経済」といわれたように、あらゆる社会福祉の制度に「文化的理念」といわれるような価値観がその背後にある。したがって、法的な措置が文化的な価値観によるものであるが、それを社会に還元することのできるほどのプロセスこそ一つのまとまったサイクルを描けるとあらかじめ考えられ

^①久塚純一、「社会保障の方法論で来課題」、『社会保障』No. 1943、1997年、26ページ。

^②Amartye Sen, *Commodities and Capabilities*, Elsevier Science Publishers B. V. 1985. アマルティア・セン、『福祉の経済学』、鈴木興太郎訳、岩波書店、1988年)

る。「愛」、「幸福」、その「信頼」をベースとし、当研究は、文化的要素を研究の考慮に入れて、その地域に根ざした社会福祉の実践を中心に政策サイドと日常の実践とあわせながら中国と日本を見てゆく。特に、日常生活の営みに根ざした人々の実践に目を向け、福祉改革に関わりのある異同を点検しながら、その背後にある文化的要素を見だし、特に「福祉社会のパターン」を比較することを目的とする。

(三) ケア思想に関するいくつかのキーワード

「福祉国家」：主にケインズ主義によって提唱されたものである。国が全面的に社会福祉を制度化するものである。中国は、北欧から学んで、1949年に社会主義体制の福祉国家を築いた。日本の場合、1970年代初期「福祉元年」という福祉国家タイプの試みがあった。

「福祉経済」：アマルティア・セン流の概念である。趣旨として、「仕事のための福祉」(welfare to work)、すなわち富を増加を刺激する「積極的な社会福祉」とも呼ばれる。

「福祉制度」：「平等」、「公平」、「正義」に基づく法的または道徳的規範のことをいう。

「福祉技術」：福祉制度の理念に基づいて、その目的に達成させるため、方法論的に制度化された措置、いわば技術的、施設的なことを指す。

「福祉義務」：国民として、納税、安全などのために本人がつけられた義務（本文では割愛する）。また、ファミリーメンバーとして親孝行、子育て、親族関係、その地域文化の中で愛情を注ぐ義務がつけられた人の責任。

「福祉権利」：国民として、自分の福祉義務を成し遂げた結果、国からもらうお返し、たとえば、医療、教育、安全、健康などの保障をいう（本文では割愛する）。ファミリーメンバーとして、家族、宗族、地域文化の中で扶助や愛情をもらう個人の権利。

「福祉社会」：「福祉国家」および「福祉経済」に並べ、「福祉義務」と「福祉権利」に基づく伝統的または法的な行動規範によって組織された人々の相互扶助、ならびにそのような社会的活動のことを「福祉社会」と称す。例えば、中国や日本の伝統社会においては、家族や宗族の中で義務と権利をもつファミリーメンバー同士の助け合いをいうが、現代社会に入ると、少子化と高齢化社会が深刻になったため、それがボランティア活動で結ばれた扶助関係に取って代わりつつある社会的現象をいう。そのような社会を築く努力は、例えば村おこし運動や地域社会づくりなどで見たように、国や市場ではなく、社会が主役になるような実践的社会を指す。

「社会福祉」：ヨーロッパから発生して、世界に広がった基本概念の一つとして使われ、しかも頻度の高いものである。欧米の場合、基本的に個人単位で社会福祉をとらえてきている。この概念に関連する「平等」、「貧困」、「弱者」、「リスク」など

を考えると、依然として「ユニット」（個人、家族、会社、コミュニティ、教区など）といったような基本的現場を見ながら吟味しないと混乱が起こる。本文では特に以下の三点に注意を払った。

第一、社会福祉における社会的基盤：コミュニティの実践：中国と日本におけるケーススタディー（事例：日本の伝統的な「互助制度」の崩壊、中国の伝統的な「熟人の社会」の変容）。具体的に以下の三点に焦点を当てる。

- 1、歴史的に、中国の宗族の伝統と日本の家制度のあり方の変容。
- 2、地方市民社会のあり方、特に「参与型」(engaged)、NGO (NPO)、村おこし運動（中国語：新村建設）、地域社会づくり。
- 3、「村おこし」、地域社会づくりと関連して、それぞれが「社会福祉」から「福祉社会」（福祉国家および福祉経済に並べること）への展開をする可能性を比較する。

第二、社会福祉をめぐって、その「理解」、「測定」、「評価」という三つのレベルで高齢者ケアの実践の背後にある意味を吟味していく。とりわけ、

- 1、「理解」：援助する側と援助される側との主体性の問題。
- 2、「測定」：科学的方法および方法論の倫理の問題。
- 3、「評価」：受益者の感覚で再評価に必要性。

第三、対象年齢と「貧困の標準」

ケアの対象となる「高齢者」：実践の面において、対象となる「高齢者」の年齢について、中国と日本が若干異なっている。中国の場合では60歳を目処にする文献も少なくはないが、その中には、65歳のいいかたもある。前者は中国の定年退職年齢を基準とするのに対して、後者は国連の基準に基づき、すべて65歳に統一している。

「貧困線」の計算基準：1991年世界銀行は、国民一人当たりの国民総生産額（GDP per capita）が635ドル以下である国を低所得国、636ドルから2555ドルの間の国を下位中所得国、2556ドル以上7911ドル以下の国を上位中所得国、そして7912ドル以上の国を高所得国と定義して分類している。^①これらの計算基準は、開発途上国の人口、出生に対する国連の福祉政策の制定と援助を導いた。例えば、中国が一人っ子政策を実施して以来、国連は人権違反を理由として、中国の女性に対する関連援助を終了した。このほか、上述のとおり、年齢ラインの差異も中国自身の国情を表している。

^①The World Bank, *The Task Ahead for the Cities of the Developing Countries*, *Staff Working Paper No. 209*, The World Bank, July 1975, pp. 35~38.

三、ケーススタディー

まずは、中国と日本における高齢者ケアに深く関わっているそれぞれ家族構造を見てみよう。

(一) 現代家族の基本構成

1、「家」変動

中国：人口政策による「逆ピラミッド」^①（図1）；日本：核家族^②と双系化による家族パラダイム^③（図2）；

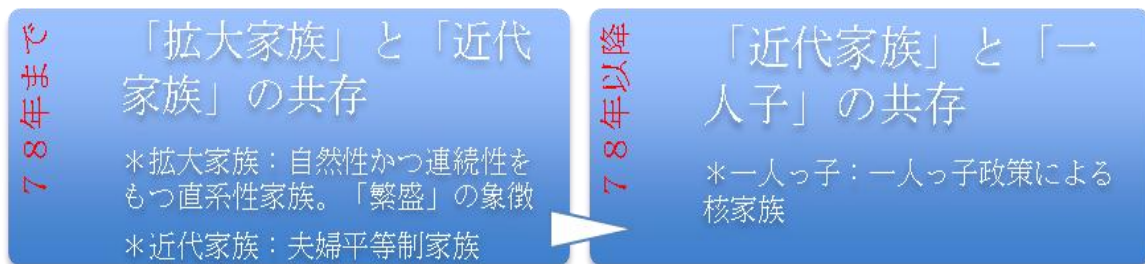


図1：中国における家変動のモデル

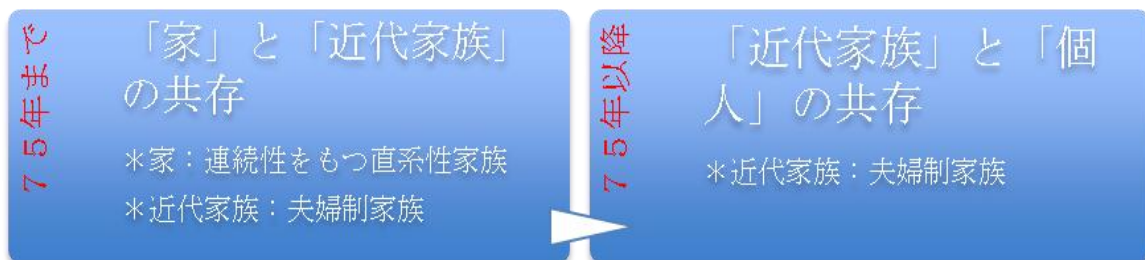


図2：日本における家変動のモデル^④

2、親との同居規範

中国：「家の倫理」^⑤と「近代家族」パラダイムの間で定義；日本：90年以後「非家的近代家族」の視点から定義^①；

^① 羅紅光、「“家族福祉”文化と中国の福祉制度の立て直し」、『社会学研究』（3）、2013年、154～156ページ。

^② 西川裕子、「近代家族と家族モデル」、『エステティア2 [特集] 家族・社会・国家』、ミネルヴァ書房、2001年、113～125ページ。

^③ 現象としてあるが、蒲生正男によれば、それぞれのいえを「親子家族」と「婚姻家族」と分けて考えた（蒲生正男、1979年を参照）。実際にどれほど機能しているかという問題が議論されている。施利平、2012年を参照。

^④ これは日本の家変動論にある三つのモデルの中で主流の家変動論である。落合恵美子、1989年、『近代家族とファミニズム』、勁草書房、144ページを参照。

^⑤ 儒教思想による家メンバーの倫理およびその役割分業。例えば、「親孝行」、「男が耕す、女が織る」、「男は外、女は内」など。特に「親孝行」に関して「“いえ”は、両親と子供の相互依存に重きをおく。もはや働けなくなった老人たちに保障を与え、また、社会的な継続性と成員どうしの協力を確実なものにしようとする。」

3、農村地域の空洞化現象

中国：都市部と農村の間をユータンするタイプ；日本：村を出たきり、人口都市化から派生^②；

4、高齢化現象

中国：地域の経済とHDI（生活の質や発展度合いの指標）と人口の差が大きい；日本：人口密度を除いて比較的全国的に均一；

以上、ご覧の通り、中国と日本：共通にみられる高齢化現象には成因が異なっている。

（二）高齢者ケアの問題性

都市部においては、中国と日本の間で、特に春日キスヨに指摘されたような、中年の子を養い続ける親；介護するシングル息子・娘の孤独；子が頼る親の年金；夫の親より自分の親を優先したい妻；仲の良くない夫婦の老後；息子夫婦と同居しても家庭内一人暮らしなど、人口政策による中国の問題と個人の権利を優先する日本の問題は、「出生率が低い」という結果からみればかなり共通している。しかし、農村地域においては、中国の場合では「縁あり社会」ともいうべき、地域性と文化性をもつ改革を図るに対して、日本の場合は、「血縁なき家族」（楽木章子、2006年）または「無縁社会」（春日キスヨ、2010年）などのように特徴づけられている。そこで、高齢者ケアの実践をめぐって、こうした家内内外の関連をいかにして打開するかは公的な問題となる。ここで、高齢者ケアをめぐって、受益者側の立場から高齢者ケアの問題を考察して初めてその公共性を反映できる。以下では、ケアする側とケアされる側のふれあいとコミュニケーションの重要性について、具体例を見てみる。

1、中国（陝西省の事例）

「ケア」の効果に関する2013年の調査結果によれば、同居の家族構成：高齢者夫婦の同居が最も多く59.48%ほど占めている。その人たちの月給は2000～3000元の人数は49.14%を占め、41.38%の調査対象となる高齢者は、政府の高齢者ケア政策がとても重要だという回答に対して、そのなかの36.21%の高齢者が家族の人に面倒を見てもらうという。それは、ケアの必要性から

費孝通、『中国農村の細密画』小島晋治ほか訳、1985年、38ページ。

^①施利平、『戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証』、勁草書房、2012年。上野千鶴子が「超家族」という概念を使っている。上野千鶴子、『老いる準備：介護することとされること』、朝日文庫、2013年、88～102ページ。

^②宗金文、2007年、『日本の農村における社会保障』、中国社会科学出版社、50ページ。

すると、ケア施設というより、家族頼りのほうが安心できるという文化的な要因が働いていることがいえる。^①

2、日本（木沢記念病院の事例）

1990年代、岐阜県美濃加茂市にある木沢記念病院は、私立病院として年金制度と高齢者ケアを結びつけた改革的実践の場として、当初日本で最も大きいものであった。入院者は、自身の定年退職金を入院の保証金とし、個人の必要と身体状況によってケアの段階を分ける。ここでは、在宅ケアのディーサービス、宿泊施設が配備された医療サービス、全天候対応型の医療介護の三段階に分ける。リハビリセンターから全自動風呂まで、ほとんどハイテクといった具合にこの病院の自慢。しかし、人手の不足がいつもの悩みである。その原因の一つは、高齢者がボランティアも専門家としてみなすため、ボランティアの労働量が増え、とうとうボランティアたちのやる気を損なうことになったと、山田院長はいう。つまり、医療介護を専門家が担い、日常介護をボランティアが担当するが、介護を受ける側はこのような制度化された分業に気付かない、もしくは健康上の問題を非専門的な視点でとらえることができない。そして、この視点が専門家に認められていないという実情がある。

ここで分かったのは、中国側は、「ケア施設というより、家族頼りのほうが安心できる」という気持ちのなかに、伝統文化に対する依存の気持ち、家の中での感情的なきずなが重要視されている。これと比べて、日本の場合では、「家族頼り」というより社会に対する気持ちが強いように思われる。家族に個人を守る「セーフティネット」としての役割を担わせ、福祉制度の根幹におく考えは、1978年『厚生白書』における、家族は「福祉における含み資産」という見解「家庭基盤の充実」によって「核家族の自立自助努力の相互扶助」能力を高める必要性を説いた1980年の内閣府の提言などに見ることができる。こうした家族の制度的位置づけは、介護を担う家族員がいるという前提に立っている。2000年に開始の介護保険制度でも、この点は、基本的に変わっていないと言えるだろう。^②

「農村地域の空洞化現象」に触れたように、中国の農村から出稼ぎの農家の人たちが資金稼ぎのため、いったん村をでるが、多くの人々は出稼ぎの都会では質素な生活を営むが、やはり大きな消費、例えば冠婚葬祭や車や家を買うなどのような見栄や感情を重視する消費を田舎のふるさとでする習慣が残っているので、その結果、都市部と農村の間をユータンするタイプが多く見られる。年中行事のため、帰省ラッシュの数はそれであるし、2013年広州やシンセイの地方テレビ報道によると、「ザーサイの消費指数が激減した」。それが、安くて、しかも食卓の上でおかずに替

^① 陝西省養老服務事業調査項目組、「陝西省養老服務事業調査報告」、2013年7月28日、15～24ページ。

^② 春日キスヨ、『変わる家族と介護』、講談社現代新書、2010年、6～7ページ。

わるもとして出稼ぎ労働者の間で好まれる。ザーサイの消費量が減ったということは、それほど出稼ぎ労働者の数も減ったからだと思われる。ふるさとの近くで働くか、あるいは自分たちのふるさどで、事業を引き起こすかという変化が目立つ。さらにいえば、村を出た農家の人たちは、村を捨てるほど生活習慣が変わっておらず、同じく家に対する感情的なきずなもそう変わっていないのである。携帯電話の農村における普及がその点を十分に証明している。

一方、日本では、地域や村落に依存する「互助制度」が伝統的にはあったにもかかわらず、近代化によって、そのような文化が消えつつあった。特に高齢者の生活に孤独感が漂う研究が多くあった。^①農家の人々は、大家族の規模で動くのではなく、核家族ましては個人単位で動くように「公」と「私」を分け、社会全体が家族福祉というより、個人の福祉権利を優先するようになった。その代わりに、村おこし運動で見たように、農家の人々は、血縁関係に依存するより、新たなコミュニティや地域自治体をつくって、互いが互いにボランティア精神や職業の分業によって結ばれることになった。その特徴として、伝統的な血縁関係が弱くなり、合理的かつ社会的な役割分担によって地域社会を動かす新たな力として、少子化、空洞化問題を一括に解決しようとする動きが見せた。そこで、高齢者ケアの実践も社会に求める姿勢が当然であろう。そこで、問題となるのは、高齢者ケアをめぐる、木沢記念病院のケースのように、高齢者ケアには、看病などといったような非日常生活に面倒を見るのは、お医者さんや看護婦さんの本業であって、日常生活を世話するのはもっとも時間が必要とする高齢者ケアの実践においては、「私」よりも「公」が優先されることである。

中国も日本も高齢者ケアの社会性が求められるとはいえ、中国陝西省の事例では依然として家族や友人といった親族的な社会性に頼る習慣が残っているが、日本の木沢記念病院の場合では、コミュニティというような社会性に求めるのである。

「福祉権利」を求める中で、特に中国と日本は、どのように実践してきたのか、以下で事例を挙げてみる。

(三) 事例その一：「ゼロ分のイチ村おこし運動」

鳥取県智頭町では、1980年半ばから、一部の住民により、住民自らの手で地域の活力を取り戻そうとする運動が開始された。2人のリーダーを中心に約30名の住民は、智頭町活性化プロジェクトチームを形成し、物づくり、人づくりの二つの活動を展開、保守性・閉鎖性・有力者支配にさらされた地域体質に挑戦した。^②1990年半ばには、

^①この現象がかなり長く影響が出ている。例えば、庄司千恵子、2005年（69～87ページ）；『朝日新聞』、2007-1-22；2-21；6-27）青木邦男、2001年（125～135ページ）；春日キスヨ、2010年を参照。

^②杉万俊夫編著、『コミュニティのグル＝プダイナミクス』、京都大学学術出版会、2006年、106～107ページ。

次第に行政（町役場）をも動かすに至った。そうして始まった施設のうち、最も有力の活動は、「ゼロ分のイチ村おこし運動」（以下、「ゼロイチ運動」）と呼ばれる運動である。

「ゼロイチ運動」は、集落住民が集落振興協議会を設置し、行政（町役場）もこれを集落の代表組織と認知した上で、住民自治による集落運営を目指す10年間続く集落単位の運動である。具体的には、次の5つを目標として掲げた。

- 1、村の誇り（宝）の創造：村の特色を掘り起こし、誇りある村づくりを行なう。
- 2、住民自治：自分たちが主役になって、自らの一歩によって村を起こす。
- 3、計画策定：ある程度長期的視点で、村の行く末を考え、村の未来計画を立てる。
- 4、国内外との交流：村の誇りをつくるために、意図的に外の社会との交流を行なう。
- 5、地域経営：生活や地域文化の再評価を行い、村に付加価値をつける。^①

1997年から2002年にかけて、智頭町にある89集落のうち15集落が、ゼロイチ運動に参加した。各集落は、10年後のビジョンを描き、その実現に向けて智慧と汗を出しあった。^②

「ゼロイチ運動」として、那岐（なぎ）地区の実践はその中の一つである。ここは15集落、2012年、1,116人、高齢化率35%。ここでも他の地区と同じように、「少子化」、「高齢化」、「空洞化」がかなり深刻になっている。それを対応するために、多くの有志の方々の努力に、二人の人物が現れた。

T氏がもともと広島市にある郵便局で働いた。病気のため、自分のふるさとの智頭町に戻ってきて、智頭町郵便局の局長として勤めている。彼がリーダーになって、1995年「ひまわりシステム」が誕生した。それは郵便局が町役場、病院、農協の協力を受け、郵便配達員が独居高齢者宅に福祉サービスを運ぶシステムである。特産の杉を使ったひまわりシステム用の郵便受けを置き、高齢者が日用品お買い物や薬が必要なときに、旗を立てておく。旗を見た郵便配達員が訪問し、注文リストの印刷された福祉用はがきを受け取り、役場に配達する。役場は、それらを農協や病院など、関係機関に転送する。そして、希望の品が後の日に、無料で自宅に届けられるという仕組みである。過疎化の進む同地域において、独居高齢者の日常生活の大きな支えとなっていた。^③その結果、図3に示されたように、「健康情報の伝達」が機能するようになって、町の役場や病院や交番など連動させることができた。それが「ひまわりシステム」と地元の人々に親しみを持って呼ばれるようになったのである。

^① 楽木章子など、「対等な『地域-大学』共同研究による高齢者福祉の課題発見」、『集団力学』（第30巻）、2013年38～39ページ。

^② ゼロイチ運動の詳細については、岡田、杉万、平塚、原河（2000）高尾*杉万（2010）を参照。

^③ 楽木文子など、「対等な『地域-大学』共同研究による高齢者福祉の課題発見」、『集団力学』（第30巻）、2013年、45ページ。

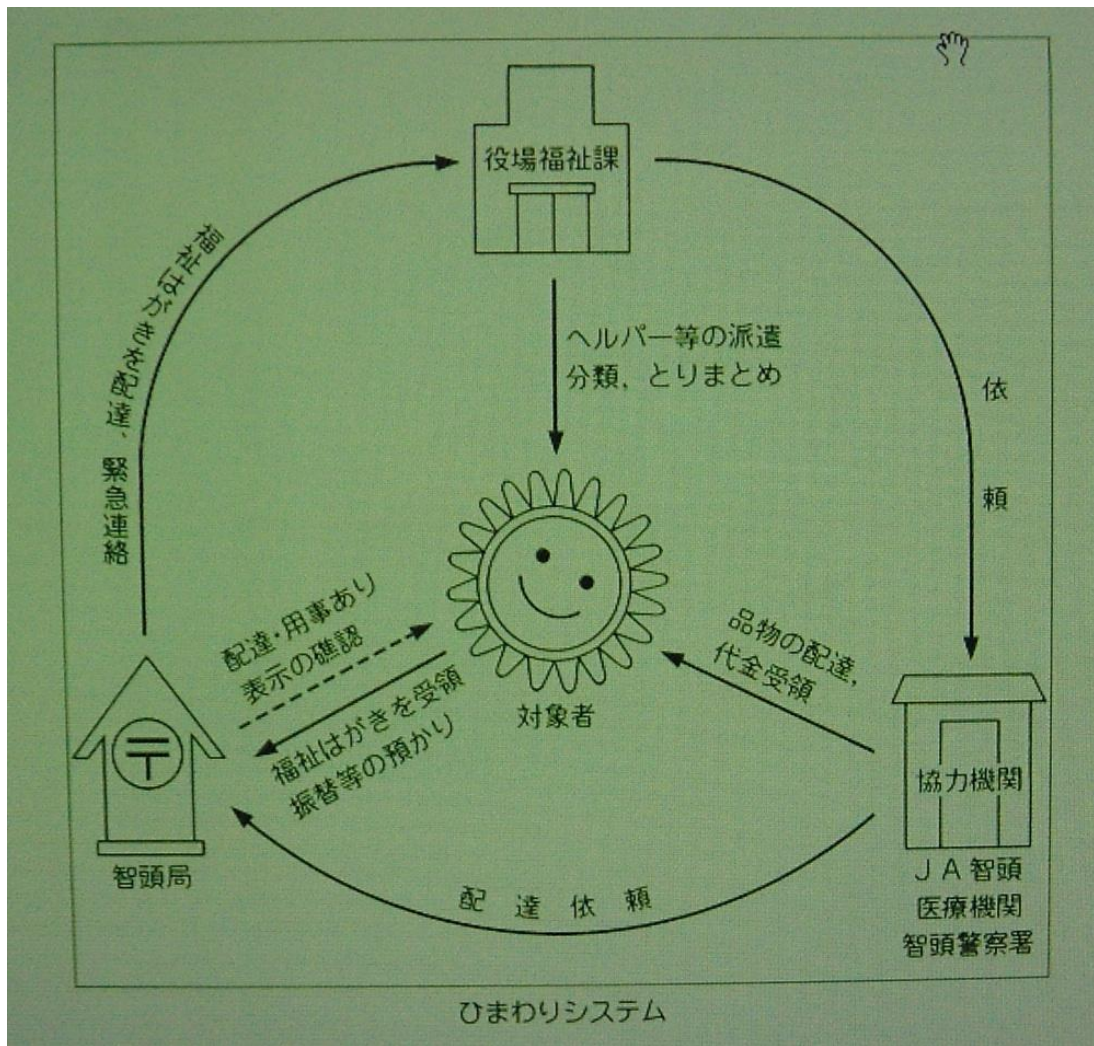


図3：ひまわりシステム

また、「ゼロイチ運動」に取り組んだメンバーのひとつ。組織づくりには、会長を誰に依頼するかは大きな問題だった。誰もが納得する会長を選ぶのは容易ではなかった。2011年頃、振興協議会設立を目指していた中心人物数人がY氏のもとを訪れた。Y氏に「ぜひ頭になってほしい。名前だけでも貸してほしい」と、会長就任を依頼した。結局、Y氏は会長職を引き受けた。「和尚さんをトップにもっていったら、先祖を人質に取られるわけだから、誰も文句は言えないだろうと思ったじゃないか」Y氏は、笑いながら語る。^①日本には祖先の位牌を寺に預ける習慣があるため、寺の住職には高い威信がある。

2011年3月下旬、智頭町で独居高齢者への生活調査が行われた。その調査結果によると、対象高齢者の健康状態は比較的に良好で、かつ、公的サービスを活用しながら、近所の家族からのサポートを受けていた。そのような中でも対象高齢者から最

^①伊村優里など、『集団力学』（第30巻）、2013年、417～418ページ。

も多く発せられた希望は、「人の関わり」をもっと持ちたいということであった。独居高齢者は、家族、近隣住民、訪問系サービスの職員と顔を合わせて話をする機会を楽しみにはしているが、「皆（話し相手には）、それぞれに都合がありましよう？なかなか“ゆっくり”という訳にはいきません。」という声が多く聞かれた。このことから、高齢者が「あいさつ程度のコミュニケーション」た「訪問サービス提供時の限られたコミュニケーション」からもう一歩踏み込んだ、ゆっくりと落ち着いて他者とのおしゃべりを楽しむことのできる場を求めていることが分かった。^①高齢者にとって孤独は不安定、不健康の原因の一つであることが分かる。

ひまわりシステムの事例で見たように、それは「ゼロイチ運動」全体の一粒にしか見えないが、それは、以前になかったことから、何かを引き起こす現地人の能動的な人づくり、物づくりに想像と創造という主役的二つの力が潜んでいるのである。「ゼロイチ」はまさに高齢者が無から有を生み出すことの内実であり、実践なのである。

（四）事例その二：広西省六巷郷の「新村建設」と「五保戸」

中国広西省六巷郷ダイヨウ山の奥に「五保戸」による敬老院は2010年10月に政府と民間企業の資金でできた。ここに来た年寄りには、幼い頃両親を亡くした人、婚姻関係が悪化して離婚した人、子供のいない人、また、身体障害者。

3階建てに部屋が36、トイレが12、31人ほど寝泊まりできる。いま28人ほど居住して（4人ほど在宅サービスを受けて）いる。また、農地が3ムほど、食堂、文化室、事務所、お銭湯、家畜（豚、鳥）がある。料理人と世話役が各1名。



図4：「五保戸」の施設（羅紅光提供、2012年）



図5：入居している藍さんご夫婦（羅紅光提供、2013年）

^①楽木章子など、「対等な『地域-大学』共同研究による高齢者福祉の課題発見」、『集団力学』（第30巻）、2013年、41-42ページ。

六巷郷の瑶族は、伝統的に子供をふたり生む習慣があった。それは当地の文化と生態系の関係に由来するといわれる。子供が男女一人ずつであれば、女の子を嫁に出す。男の子は家を継ぐ。子供が皆女の子であれば、そのうち一人が結婚相手の男性が嫁の実家に籍を入れて、嫁の家を継ぐ。二人の間で生んだ子供も嫁の家の名前をとる。いわば「買断」(maiduan) と呼ぶ。また、旦那が嫁の家に籍を置かない場合もある。これは「両辺頂」(liangbianding) と呼ぶ。つまり、若い夫婦がともにそれぞれの両親で世話をする。住まいも常に両家の間で移動して、親孝行を交代して行なう。しかし、ここでも市場を求めて出稼ぎの若者が増え、部落の外へ嫁を求めたりもらったりすることも1980年代末期からはごく普通に見られるようになった。これまでの伝統が徐々に変わりつつ、「空洞化」現象も起きている。したがって、これまで親孝行の問題が家制度ならびに両家の関係の中で収まるが、いまやその限界が見えた。その問題が一層拡大して親族や友人関係の中で対応するようになった。要するに婚姻関係で結ばれた二者関係の構造がさらに三者、四者が共同で参加する「輪」の関係の構造に変わった。結局、親孝行と思われる高齢者ケアの倫理が両者の上下関係だけで認識されるのではなく、上下関係で収まらない「親族の輪」の中で問われるようになった。

この「輪」の中には、生産関係、生活関係、血縁関係、婚姻関係がいずれも含まれ、しかも村落内外の様々な儀式がそれら緊密に結びつける。婚姻には婚姻の特定の輪があり、継承者も自身の輪の特徴を持ち、老人ホームも同じく自身の輪の特徴を持つ。人々は輪の中で各自の感情を表現し、客観的に感情の再生産がなされる。老人ホームに入居するある高齢者は、「姉妹たち（老人ホームに入居する他者）は普段、私の畑の種植えを手伝ってくれるが、私はもう働けない身体で何も手伝わないので、申し訳なく思う」と涙交じりに語った。”^①在宅ケアを受けるもう一人の孤独な高齢者は村人の助けに対して非常なありがたさを感じているものの、何もお返しができない。「悩ましい」ことが高齢者の感情の開放であり、助け合いがあつてこそこうした「幸せな悩み」が生まれることがわかる。ここにあるのは感情の開放であり、感情の閉塞ではない。

^①羅紅光、「ある村の老人ホームの壁の内と外」(映画)。中国社会科学文献出版社、2013年。

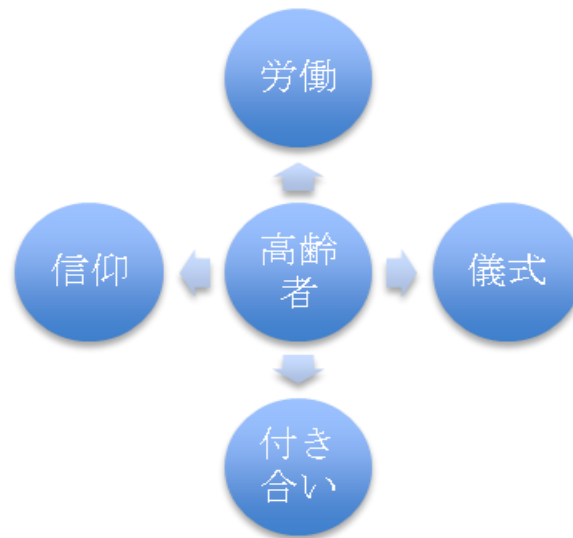


図6：「五保戸」の情緒的窓口

六巷郷は血縁関係、婚姻関係、友人関係（遊びの相手や農作業のパートナー）、その上、外部の企業や地方政府によって、「輪」ができたのである。それがまだ地元の儀礼活動や仕事の協力などに反映されている。年寄りの人たちが、敬老院の庭の中閉じもる生活を送るのではなく、常に図6に示されたように、壁に外との連絡がある。そこで、情緒的に喜怒哀楽を表して、コミュニティの一員となっている。ここでは、「健康情報の伝達」が阻害されていない。

同じく、都市部の事例として中国の瀏陽市「五保戸ケアの会」が挙げられる。1995年3月23日、瀏陽市「五保戸ケアの会」が設立された。市役所から毎年5万元活動経費をもらい、16年間ほど重ねて瀏陽市「五保戸ケアの会」は1万2000元基金を設けることができた。住まいの建設、古い老人ホームを立て直し、孤児の助成金作りといった三つの事業を展開してきた。市レベルにおいて31カ所の老人ホームが継続可能な自立を目指し、いわば「輸血」から「造血」へと展開するのができたのである。

以上（一）と（二）のケースに関して、一方、広西省六巷郷の「五保戸」の事例では、親族や友人関係による「輪」を活かした高齢者生活を営んで、血縁、婚姻関係、付き合い、労働、儀式などで見たように、「喜怒哀楽」を十分に表現できること自体が高齢者の方々にとって欠かせない「健康のための情報伝達」（秋山哲男、1993年、「福祉の町づくりと地域交通システム」、『地域開発』347。）が分かった。他方、鳥取県智頭町の「ゼロイチ運動」で見た「ひまわりシステム」で事例では、特に「健康のための情報伝達」という実践は、機能しない家族が人とのつながりによって結ばれた。こうしてみれば、六巷郷の人も、智頭町の人も強弱の二者関係の構造の中で問題にしていなく、入れ合いという「参加型」で当事者としての主体的かつ能動的な存在を我々に訴えたのである。

(五) 事例その四：政府、企業による事業

現代日本の福祉改革の歩みをみれば、「福祉元年」1970年代前半、経済成長の成果を克服し、その充実に還元しようとする動きが高まった。既に、老人医療費の一部負担金（患者負担）を公費により肩替わりする制度は、東京都や秋田県等一部地方において自治体において実施されていたが、その後全国の多くの地方自治体に広がっていた。こうした状況を受けてくにも1972年の老人福祉法の一部改正により、「福祉元年」と呼ばれた翌1973年1月から国の制度として老人医療費支給制度が実施された。この老人医療費支給制度により、70歳以上の高齢者が医療保険で医療を受けた場合の自己負担費用が全額公費で負担されることとなり、高齢者の医療費負担が無料化された。後に無料化に伴う病院のサロン化や過剰診療等が問題となるが、その当時から老人医療をこのような形で無料化することについては反対論ないし慎重論もあった。^①

海外に関しては、国際協力事業団（Japan International Cooperation Agency）を通して、専門の見地、人材の派遣、助言など幅広く援助を実施してきた事業団体が多くあった。そのなか、「NGO 対象国は、アジアが圧倒的に多く、協力形態は、資金協力、人材の派遣、受け入れ、物質提供、情報提供等である。また、その事業分野は、社会福祉、教育、保健、農業漁村開発、難民救済、女性の地位向上、環境というように広範に及んでいる。JICA は「地域提案型」^②、「パートナー型」^③、「支援型」^④を主な内容とする「草の根技術協力事業」^⑤など、多様的に事業をおこす。こうした団体の事業分野が広範囲に及んでいるという事業は、人々のニーズに対して機動的にしかも柔軟に応えるという、NGO の基本姿勢が関係しているものと思われる。」^⑥

北京日本文化センターの発表によると、在中の日本企業の社会貢献が多くなされてきているなか、2005年から2009年にかけての調査報告によれば、企業社会責任（CSR：Corporate Social Responsibility）が企業の文化として賞賛されてきた。そうした在中の日本企業は、「商会」、「日本人会」、「クラブ」、「商工会議所」などの形で、中国各地で社会貢献活動が行われている。その調査報告によれば、社会貢献の活動項目は、企業モラル・法律守りの確立、お得意先のサービス、省エネ・

^①厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、52ページ。

^②地域提案型は、地方自治体は主体となり、その地域社会がもつ知識や経験を活かした事業を実施することにより、開発途上地域の経済および社会の発展に貢献することを目的としている。3年以内、上限額3000万円。

^③草の根パートナー型は、開発途上国への支援について、一定の実績を有しているNGOなどの団体が、これまでの活動を通じて蓄積した経験や技術に基づいて提案する開発途上国への国際協力活動をJICAが支援する事業である。5年以内、上限額1億円である。

^④草の根協力支援型は、国内での活動実績はあるものの、開発途上国への支援実績が少ないNGOなどの団体が実施したいと考えられている国際協力活動を、JICAが支援するものである。3年以内に、上限額2500万円である。

^⑤草の根技術協力事業は国際協力の意志をお持ちの日本のNGO、大学、地方自治体および公益法人などの団体による開発途上国に地域住民を対象とした協力活動をJICAが支援し、共同で実施する事業である。

^⑥萩原康夫、1995、『アジアの社会福祉』、中央法規出版、198ページ。

環境保護、合理納税、就職の維持・開発、コミュニティ共存、雇用関係の協和、地元経済への貢献、経営の透明度・情報公開、技術承諾、株分譲、突破事件・有事対策、資金援助活動、その他という順にだんだんと低く見せ、そのなか、「企業モラル・法律守りの確立」が目立つほど高く締め付けられ、企業のローカル化（所在地に溶け込み）に関わる社会貢献が最も高く見せている。それと比べて、地元の高齢者ケアサービスに関する事業が稀である。^①コミュニティ活動といえば、会社周辺の環境改善、資金援助（会社周辺の団体や公共施設や福祉施設および日本からのカンパを転送することなど）。そのなかに福祉施設に資金援助がみえる。^②

2009年のデータによれば、社会貢献事例の414件、うちわけ、四川大震災1/4（24.4%）を占め、その他の活動領域は、教育とスポーツが25.8%、コミュニティ活動が17.9%、環境保護が11.8%という順になっている。^③以下に事例を挙げる。

礼愛高齢者ケアサービスセンター

「礼愛高齢者ケアサービスセンター」が2012年に日本企業リエイ（株）の投資によってできた介護施設である。当施設は、北京市海淀区にあり、3階建て（床面積350㎡）で、地上2階建てで、地下1階建てである。1階と2階はリビング、キッチン、宿泊室二部屋、浴室、共用トイレから構成されている。

可能性：当該介護施設は北京市の知識人が多く集まる「上河村」という高級住宅団地に位置し、巨大な潜在的な消費市場を擁している。

当該施設の運用特性：(1) ヘルパー13名（女性4名）；(2) 施設のハードウェア：電動リクライニングベッド、リハビリ施設、エレベーター、お風呂、座シャワー、ディサービス用の6人乗りのミニバス1台；(3) 高齢者数：7人（60歳～92歳）。

当該施設は、「日本式の介護」を提供するという理念で、日本からハードウェアとサービス理念を導入してきた。特に、行き届いたサービスこそは、当該施設ならの特徴である。利用者に対する介護は親族から好評。

今後の課題：どのように多様なサービスを幅広い高齢者に認められて、利用されるか。

日中介護事業交流協会が行った調査研究報告書によれば、「陝西省愛心尊老基金会」（以下は「基金会」と略す）は、2013年1月15日に設立され、陝西省高齢者ケアサービスシステムの建設およびその市場を把握するためにできた組織である。

^①北京日本文化センター（日本国際交流基金）編、『在華日資企業社会貢献活動調査報告書』、2010年、4～22ページ。

^②北京日本文化センター（日本国際交流基金）編、『在華日資企業社会貢献活動調査報告書』、2010年、29ページ。

^③北京日本文化センター（日本国際交流基金）編、『在華日資企業社会貢献活動調査報告書』、2010年、25ページ。

これらが「高齢者ケア」、「介護サービス」、「市場」というところにポイントが置かれていることが分かる。

制度化に関して、例えば『JICA 草の根技術協力事業事後評価調査報告』からは、事業の事後評価は次のようなロジカル・フレームワークを出している^①。図7のとおり。

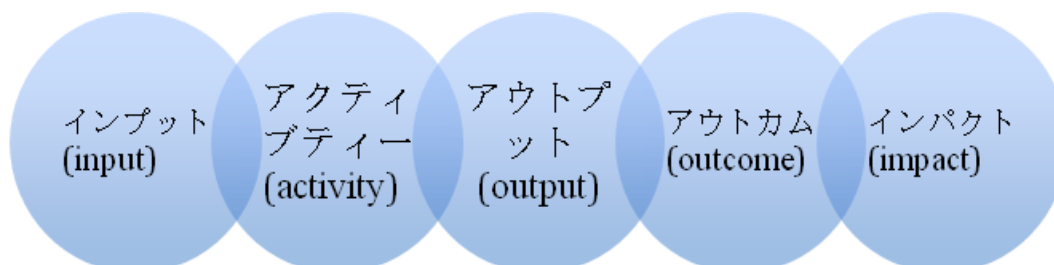


図7：ロジカル・フレームワーク（『JICA 草の根技術協力事業事後評価調査報告』、2013年により）

高齢者介護に関しては、JICA と現地の市民と手を結んで、「草の根パートナー型事業」（2004～2012年参照）を展開している。JICA 中国事務所が提供した「報告」によると、日系企業が2013年に参画した中国の高齢者分野のプロジェクトは22件。中でも、福祉技術の輸出は注目に値するもので、プロジェクトの設計と実施において図VIの手順にしたがって合理的な管理が行われた。それは成熟し、安定した管理システムで、海外の同類のプロジェクト管理にも応用されている。

それに対し、中国が海外で実施している同分野のプロジェクトはわずかしかない。高齢化とともに社会保障および高齢者ケアサービスシステムの建設が同時に進行してきた。その施設や人材の不足が目立つ。したがって高齢者ケアの産業が際立って遅れていることも現状なのである。『中国高齢者事業開発「十二五」企画』次のように定めた。在宅サービスは90%、コミュニティケアサービスは7%、施設ケアは3%といったような「9073」の割当てで高齢者ケアサービスを組み立てたのである。うちわけ、在宅サービスシステム事業は、80歳以上の高齢者および寝たきり老人が増えるなか、これまでのコミュニティサービス、高齢者ケア施設および人材がどれほどの需要を満たすことができるのかが大きな問題となっている。そのような問題を解決するため、中国の民政部は2013年7月1日に、『高齢者ケア施設設立許可法』および『高齢者ケア施設の管理方法』が出され、ベッド数が10以上で運営資格を有する施設の数を計算すると、全国31省（自治区を含む）のなかで、山東省、黒龍江省、河北省、甘肅省が上位4省に入った一方、チベット自治区、青

^①JICA 編、『草の根技術協力事業事後評価調査報告』、北京：明善道管理顧問有限公司、2013年5月、8ページ。

海、重慶直轄市、新疆ルイーグル自治区、寧夏自治区は下位4省となった。また、高齢者ケアに関する専門家の訓練、ヘルパーの人材養成のデータでも、山東省、黒龍江省、河北省、甘肅省が他のエリアより高くなった。この違いが人口政策による家構造から来たものなのか、それとも高齢社会の度合いの問題なのか、踏み込んだ調査を行っていないため、はっきりとはわからない。ただし、法的な措置が同じ状況の中では、文化的な差異により全国統一の管理制度に違いが生まれるということがいえる。

以上をまとめると、中国は、国内向けの高齢者ケア施設に関する評価は基本的に福祉技術の姿勢をとるのが共通している。要するには、こうして均一された評価基準の裏に援助する側とされる側というトップダウンの二元構造が目立ってみせる。福祉国家の名残が強く残っている。この点に関して、房莉傑が次のように語っている。「今日の複雑なニーズ構造の中で、政府からの投入を拡大や社会保障の様式をこえて、総合的、多元的かつ積極的な福祉様式をつくるべき」^①「積極的福祉」はここで受け身的な福祉ではなく、住民参加型の協働タイプの福祉のことをいう。日本国内で地域社会の自治を強めている点も地域的特徴に対する考慮の表れである。

他方、ロジカル・フレームワークで見た通り、統一的な管理モデルの下では、「草の根」という文化に対する認知が弱い。援助する側とされる側という二元構造のなかで終始する。そのプロジェクトの内容およびその評価の注目点から見ると、「物乞い」タイプの受益者を作ってしまう結果に陥りやすい。^②房莉傑らの福祉改革派の見方からすれば、「草の根」に根ざしてこそ、「積極的」、「多元的」、「参加型」は草の根文化に対する評価を加味できるわけである。

四、研究の所見と比較

福祉改革の主な根拠の一つは、二つの国がともに抱えている高齢化という社会現象である。これまで高齢者ケアから福祉改革を見た場合、それぞれの違いが浮かび上がる。

(一) 「ケア」という実践の基本単位

福祉制度を創る場合、それぞれの文化的伝統および文化的基盤を考慮に入れる。その基本単位は、個人か家族かコミュニティかそれども教区にするか、自分らの文化によって定まるのである。

日本の場合では、伝統的に「家制度」や「互助制度」が村落単位で機能していたが、近代化によって、社会全体が変わってきている。1970年代、経済成長の結

^①房莉傑、「福祉ニーズ、多元的供給および福祉様式」、王春光、2012年、『社会政策評論：福祉の行方』（総第三集）、社会科学文献出版社、177ページ。

^②JICA編、『草の根技術協力事業事後評価調査報告』、2013年、80ページ。

果、「福祉元年」といわれるほど、福祉国家を築き上げた。1980年、「増税なき財政再建」を掲げた第2次臨時行政調査が設置された。1982～1983年度予算では「ゼロシーリング」採用されるなど、社会保険関係予算についても厳しい歳出抑制が図られた。このため「福祉元年」で充実が図られた医療保険、年金制度や老人医療費支給制度などの見直しも、いわば「福祉元年」へと問いかけ、特に、第1次産業や自営業が減少するという産業構造の変化等を受けた国民健康保険や国民年金の取扱いをめぐり、日本の社会保障は、制度間調整の時代を迎えることとなった。^①

1990年には、前年（1989年）における合計特殊出生率が1.57となったことが公表され（いわゆる1.57ショック）、この頃から少子化の問題が社会的にも認識されるようになった。^②結婚年齢の上昇に伴い、出生率はやがて回復すると予測されていたが、現実には出生率は一段と減少していった。これは、「社会保障＝高齢化対策」と受け止められる。少子化対策、子育てに対する社会的支援を企業や地域社会を含めた社会全体として取り組むべき課題と位置づけることともに、保育、雇用、教育、住宅などに渡って、複数の省庁における横断的な施策として、総合的かつ計画的に施策を推進していく必要性が強調されるに至った。

2000年には老人福祉と老人保健の両制度が再編され、介護保険制度がスタートした。「介護保険制度」は、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により、社会全体で介護を支える新たな仕組みを創設し、利用者の選択により保健、医療、福祉にわたる介護サービスを総合的に利用できるようにしたものである。原則として65歳以上のものとする65歳以上の被保険者数は、2000年の2165万人から2010（平成22）年には2895万人に増加している。^③

日本では、70年代末期は企業の時代であった。80年代以降、コミュニティの時代といわれている。21世紀に入ってから、日本において、「コミュニティ福祉」という概念と政策が成熟期に入ったといえる。この成熟期における「コミュニティ福祉」の内容が広い意味をもつようになった。それは、初期段階（20世紀60年代頃）のコミュニティ行政組織と住民自治意識の育成に重点を置いた。70年代になってから、いかにして生活自立のできない高齢者、子供、身体障害者に在宅サービスを提供することが主であった。80年代には、コミュニティの民主化を促進し、住民の自治と参与を唱え、90年代は、「共生」の理念のもとで、すべての住民に平等に公共サービスを受ける権限をあたえることになった。それは公共サービスを提供する側と受ける側とが対等関係にあることを意味する。利用者が主体となる選択権をもつことである。2000年以降、コミュニティ福祉の概念には、コミュニテ

^①厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、56ページ。

^②厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、69ページ。

^③厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、93ページ。

イ組織化、在宅サービス、住民の参与および住民の主体的決策が一体となる総合的体系になったのである。^①

中国では伝統的に「治家安邦」というイデオロギーがあつて、家をその単位にするのが分かる。したがって、「ケア」という思想も、たとえば、「経世済民」に意味されたように、「経済」という概念は、ただ利益を求める営みではなかつた。近代になって、北欧や旧ソ連に学び、さらにケインズ主義の影響を受けて、福祉国家を創った。この変化のプロセスにおいて、「ケア」の基本単位が家族主義から個人単位に特に都市部の場合変わってきている。農村地域の場合、依然として家を単位で扶助関係を持ってきた。

現代中国では、コミュニティの公共サービスとコミュニティ建設という二つの時期に分けて考えられる。1993年、中央政府が「コミュニティ福祉開発の促進」を公表し、政府主導型のコミュニティサービス事業がいち早く成功した。「コミュニティサービス」という概念自体もイギリスからそのまま取り入れたものであつた。したがって、中国国内において、国営企業の改革によって、単位制の福祉構造が解体された。コミュニティ建設によって、これまで国営企業の担った福祉の役目をコミュニティに担わせる。したがって、20世紀90年代から21世紀にかけて、コミュニティ建設も、国営企業の改革によって出た失業者をコミュニティサービスの方に移動させる目的があつた。また、出稼ぎの農村人口によってこれまでの都市部の公共サービスに圧迫された原因に、政府は都市部のコミュニティ開発を兼ねたコミュニティ建設に踏みかけた。一方、「老、少、辺、窮」といわれるほど、農村地域の空洞化も深刻化された。「新村建設」に拍車した。^②

しかしながら、中国における福祉改革は、「先発優勢」といわれるほど諸外国からその影響を受けたものではなく、あくまでも自らの問題を抱えながら自分にとっての福祉改革に踏み切ったわけである。というのは、中国と日本の間において、「空洞化」、「少子化」などの問題が現象的に似ているが、それが発生する社会かつ文化的背景が異なり、その解釈も利用の目的もかなり違ってくるわけである。新しい社会現象についての表現は、言葉としていくらでも借り入れるが、目的、使い方が共通するほどではないのは、歴史上には幾度あつた。たとえば、「コミュニティ」もそうだが、中国の場合ではまず個人単位でコミュニティを意味しない。田舎の場合では、特に家を単位にする習慣が根強く働いている。

^①広井良典、沈潔編、『中国と日本にける社会保障制度の比較と教訓』（中国語版）、中国労働社会保障出版社、2009年、170～171ページ。

^②広井良典、沈潔編、『中国と日本にける社会保障制度の比較と教訓』（中国語版）、中国労働社会保障出版社、2009年、171～172ページ。

(二) 高齢者ケアの実践から見た人間同士の関わりかた

中国と日本は、結果的に「少子化」、「高齢化社会」、それに農村地域の「空洞化」という現象が似ているが、議論のまとは個人というより、やはり家を単位にしている。

1、中国の場合

都市部と違って、農村地域では、都市部のような「社区」は存在しない。都市部での生活のように住まいを生活の場として切り離すことはできず、居住場所は生産活動の場でもある。したがって、生活と生産が伴う日常生活においては、「公」と「私」とを厳格に割り切って行動するのが難しい。広西省六巷郷も含めて、多くの研究によれば、中国の農村部では、「顔知りの社会」(face to face society)、「熟人の社会」と特徴づけられ、親族の協同と離反もその世話役の個人的資質に左右される親族関係。^①こうした人間関係はさらに付け加えられ、ある個人にとっては仕事、生活、信仰そして付き合いといった生活全般に関わる複雑な人間関係を意味する「輪」になる。結局、個人としての「私」というものは、「公」的な存在になるのである。費孝通がいう中国人の「自我主義」も基本的に家を柱にした「私」であろう。

2、日本の場合

家制度と互助制度が伝統的にはあったが、近代国家を築くプロセスの中で、市民権と意識が次第に高まる日本は、「顔知りの社会」とは違って、基本的に「顔知らぬ社会」(stranger's society)として認識されている。日本は個人の権利を単位とする市民社会がため、家族主義的な家制度がほとんど機能しなくなった。その代わりに、個人単位で家を定義する。この点に限って、中国の家族単位で個人を定義することとは異なることが分かる。「近代家族は近代国家のもとで私的な領域となり、強い自律性と情緒性を持つようになった家族である。」^②したがって、ライフスタイルが多様化し、世間の常識に反して、結婚しても子をもたないことや結婚すらしないという選択をするケースも受け入れられる社会現象となった。いわば「血縁なき関係」^③といわれるほど、人々は法人や社会、地域社会に依存しながら暮らしを立てる。こうした状況の中で、個人単位で家を認識するというライフスタイルは高齢者ケアに直接に影響を与えた。「家族の形が大きく変わってきたことによって、家族に“セーフティネット”に担わせるかたちでつくられている日本の福祉制度のあり方が限界に達し、家族が重大な生活困難に陥ったとき、どこからも救い手がなく、命までも脅かされようとしている事実だった。」^④

^①首藤明和、『中国の人治社会』、日本経済評論社、2003年、143ページ。

^②施利平、『戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証』、勁草書房、2012年、19ページ。

^③楽木章子、「家族：血縁なき“血縁関係”」、杉万俊夫編著、『コミュニティのグループ・ダイナミクス』（第30巻）、2006年、239ページ。

^④春日キスヨ、『変わる家族と介護』、講談社現代新書、2010年、5ページ。

こうした「無縁社会」^①時代の介護を考える日本は、「地域包括ケアの推進：介護保険制度について、2005（平成17）年に大幅な改正を行い、予防重視型システムへの推進、地域を中心とした新たなサービス体系としての地域密着型サービスの導入、地域包括支援センターの創設等、地域包括ケアシステムの確立に向けてその一歩を踏み出した。」^②一方、しかしながら、現在においても、医療ニーズの高い人や要介護度の重い高齢者については、自宅での生活が難しかったり、介護する家族の負担が重くなったりするなど、介護リスクを地域で支えられていないなどの課題が指摘されている。また、介護が必要になった場合に自宅で介護を受けたいと望んでいる人は約半数を上回っている。施設への入所を希望する人も多く、特別養護老人ホームへの入所申込者は在宅で重度の方で約6.7万人となっている。（全集計では約42.1万人。）^③このような状況を解決するために、例えば中学校区などの日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される体制の整備、すなわち地域包括ケアシステムを確立することが必要である。^④ご覧の通り、施設を利用することも在宅サービスを受けることも家の外に目を向ける改革案およびそのような事業が相次ぐが、家そのものの機能が低下したことがいえる。そのかわりにそれは家の外に何らかの人間関係をつくる、いわば社会的なサポートネットワークが必要とされるのである。この点においては、家より社会的なサポートネットワークに対する必要性は、農村地域の村おこし運動や都市部にある町づくりにつながる重要な手がかりなのである。

以上も含めて、次の四点に要約できる。第一、家族メンバーの関わり方について、中国は「家の倫理」と「近代家族」パラダイムの視線から定義；日本：90年以後「非家的近代家族」の視点から定義（施利平、2012）。第二、「縁」の社会と「法」の社会：(1)伝統と現代を融合させた新しいコミュニティによるケアシステム化（中国の六巷郷、日本の智頭町）；(2)「法」によるケアシステム化（中国は都市部から農村へ普及；日本は、地方自治体を活かすケアシステム）；(3)国際ヒューマニズムによる高齢者ケア・プロジェクト化（JICA, NGO 団体、日本の企業労働組合などがある；中国は、海外資本を利用して国内向け、それに対して、海外向けの当プロジェクトはほとんどないといえる）。第三、高齢化対策について、中国は公共サービスを民営化、コミュニティづくり（夏学銓、2001）、ボランティア活動を行い、公共サービスを民営化する（羅紅光、2009）；日本：住民自治システムによるコミュニティを創造（杉万俊夫、2006）。最後に第四、「縁の社会」と「縁なき社会」：中国では「縁」から「輪」の社会への形づけ、地域的な色が濃い、内部の力を重視

①春日キスヨ、『変わる家族と介護』、講談社現代新書、2010年。

②厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、312ページ。

③厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、312ページ。

④厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、平成23年、312ページ。

する；日本の場合では「無縁社会」的な市民社会への展開、改めて地域の活性化を外部の力による動きが見せた（春日キスヨ、2013）。

3、親との同居規範

日本において、同居規範に関わるこれまで三つの家のモデル、つまり「核家族」、「直系性家族」と「夫婦制家族」という家族パラダイムがあった。そのいずれも扶養制度に関連して高齢者ケアの実践にとって根拠の一つになっている。特に「双系化による家族パラダイム」といわれる最後の二つのモデルに対して、施利平の研究では検証して次のように語った。「異なった出生コーホートの親との同居率は、結婚時では異なったものの、結婚一五年時点ではほぼ同じ水準に達する。したがって、年少コーホートは年長コーホートに比べて、親との同居率が低下したわけではなく、むしろ結婚時同居型から途中同居型に変化したことが確認される。」^①要するには、家族の制度的側面に注目した場合、今日の日本家族はこれまで論じられ、信じられてきた家族像—夫婦一代のみの夫婦制家族であり、連続性や継承性をもつ直系家族ではない—とは大きく異なった性格をもっている。上記の分析結果からすれば、現代の日本家族は連続性や継承性をもつ直系家族でありながら情緒的かつ自律的に営む近代家族であるという可能性を示唆する。^②

中国の場合は、「拡大家族」が80に年代末期に起こる農地の請負制度によって、家の規模が小さくなった。少数民族および辺鄙な田舎を除いて、事実上、「核家族」が確実に主体となってきた。他方で、「家の倫理」が伝統の名残としてかろうじて機能するとはいえ、事実上その機能を維持するのは難しく、2:4:8の「消費型家族」^③の形態を呈している。例えば、陝西省の事例で見れば、分野の違った10カ所、計412高齢者家族に対するアンケート調査の結果によれば、同居の家族構成：高齢者夫婦の同居が最も多く59.48%ほど占めている。その人たちの月給は2000から3000元の人数は49.14%を占め、41.38%の調査対象となる高齢者は、政府の高齢者ケア政策がとても重要だという回答に対して、そのなかの36.21%の高齢者が家族の人に面倒を見てもらうという。それは、ケアの必要性からすると、ケア施設というより、家族頼りのほうが文化的な要因が働いていることがいえる。^④その調査質問表の項目構成から見れば、高齢者、ケアのニーズ、ケアの方法、収入、施設、ヘルパーなどがメインとなっている。暮らしのあり方や家の中の構成および家族員同士（嫁も含む）の義務や責任など触れておらず、「福祉技術」

^①施利平、『戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証』、勁草書房、2012年、50ページ。

^②施利平、『戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証』、勁草書房、2012年、56ページ。

^③羅紅光、『“家庭福祉”文化と中国福祉制度の建設』、『社会学研究』(3)、2013年、154-156ページ。

^④陝西省養老服務事業調査項目組、「陝西省養老服務事業調査報告」、2013年7月28日、15-24ページ。

のための市場調査の響きが強く感じさせる。^①これは、文化がその背後にあるからこそそう簡単に手を入れることが遠慮せざるをえないのであろう。

(三) 福祉改革の方向性

1、新たなパラダイムの出現か

一方、日本は、住民自治のコミュニティの創造と同時に、「無縁社会」の難問をどのように打開するかという状況にある。日本における様々な改革案について、「国家の役割についてプラス面およびマイナス面をあわせて再評価を行なおうという動きは、既存の政策に疑問が投げかけているということだけではなく、社会生活、経済生活の構造に関する我々の思考パターンそのものに疑問が投げかけられているということである。」^②それに比べて、中国は、人口の都市化をはかる一方、膨大な農村地域の高齢者ケアの難問に直面、ハードウェアのみならず、生活習慣に優しい高齢者ケアシステムの開発が求められる。さらに、ティエリ・ウェルヘルスト(Thierry Verhels)は、問題点を次のように指摘する。「大多数のプロジェクトが強調する開発は、西欧をルーツとする様々の前提や行動形態を無差別に第三世界諸国に押しつけ、そのことごとくが対象地域の価値体系にも社会組織にも適合しない結果に終わる。」^③国家的、企業の開発によって、援助される国にだけ福祉技術をあたえることは、受益側を「植物人間」に作ってしまうというこれまでの福祉国家の教訓^④からすれば、「自分たちの時代のはじまり」^⑤といわれたように、住民参加型の互助によって「物づくり」、「人づくり」につながるようなパラダイムが描かれるのである。日本の智頭町はこの意味で非常によい例といえる。

2、新しい組織的創造か

「現代社会は、多種多様な組織により構成されているが、伝統的にはこれらの組織を二つの大きなセクターに分類している。すなわち「市場」(マーケット)と「国家」、あるいは「民間セクター」と「公的セクター」に分ける二分法である。」^⑥「社会組織」(NGO)とは、中国政府当局のNGOに対する呼称で、一般に民政部门で登記・登録している社会団体、民間の非企業体および基金会を指す。そのなかには多くの業界団体や政府筋のバックグラウンドをもつ公益組織(GONGO、官製慈善組織とも呼ぶ)などが含まれるため、概念はNGOのそれと完全に同じではない。2013年末期から、社会組織に対する取り締まりが緩められ、公益団体が独立法人になれる。ここ

^①陝西省養老服務事業調査項目組、「陝西省養老服務事業調査報告」、2013年7月28日、7～14ページ。

^②レスターM. サラモン、H.K. アンハイア (Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier)、《全球公民社会：非営利部門視界》(日文：台頭する非営利セクター)。今田忠訳、ダイヤモンド社、1996年、2ページ。

^③ティエリ・ウェルヘルスト(Thierry Verhels)、『文化、開発、NGO-ルーツなくして人も花も生きられない』、木村健康他訳、新評論、1994年、173ページ。

^④例えば、山田信行、1998年；山田信行、1985年を参照。

^⑤中沢孝夫、『“地域人”まちづくり』、講談社現代新書、2003年、173～186ページ。

^⑥レスターM. サラモン、H.K. アンハイア (Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier)、『台頭する非営利セクター』今田忠訳、ダイヤモンド社、1996年、2ページ。

で問題となっているのは、このような多様な組織を抽象化することは必要な分析のために有意義であり、現存の組織を理解するには描写するには必要なことである。^①ここでいう「意味のある組織」とは、事例分析で見た通り、国家や企業だけでなく、受益者側の組織形成の意味を入れ合う「輪づくり」はそれである。その中枢になっているのはおのおのの主体性を尊重した積極的福祉なのであろう。

五、まとめ

(一) 二元構造的福祉制度の問題性

高齢者問題は高齢者だけで終わらない。むしろ個人、家、コミュニティ、市場、国、いわば世間全体包括的な問題なのである。だが、高齢者ケアから見た福祉制度の改革とは、方法論的にいえば、日本は介護サービスに象徴されたように市場化する動きが強くみられ、その特徴が海外プロジェクトにも反映されている。中国の場合、福祉国家から脱皮する動きが今に始まったばかり、そのかわりに「社会」の役割が問われる時代が来た。社会福祉の理念として「公平」、「公正」、「平等」が挙げられるが、いかにして客観性を保つかは常に問題化される。たとえ「貧困」、「弱者グループ」といった定性的な概念のみを取り上げてみても、ある社会の生活水準を基準にして、その水準以下のものを「貧困層」と定義するものである。^②「ただし、この貧困線という指標は、一見客観的なようにみえるが、収入のサンプル調査に当たって回答者がその収入を明らかにしたがるなかったり、自分の収入を正確に知らなかったりするため、データの信憑性に欠ける場合があり、また定義から得られる以外の収入が過小評価されたり無視されたりすることも多く、さらに総合的な収入調査は多額の費用を必要とする多面定期的には行なわれないというような問題があって、完全な基準とするには疑問が残る。」^③中国と日本も同様、社会変動につれて、そのデータ数もGDPの変化によって変動する。^④それは、つまり相対的な貧困層が常に伴っていることが意味される。そうだとすれば、利益を追求することを目標とする合理主義的な社会では、生産力を維持するために、差を付けることと差をなくすこととの間を往復し、この点では「効率」と「公平」という在来の矛盾として反映されている。人々は、絶対的な貧困問題というより、経済レベルの維持と発展のために、常に相対的な貧困（格差）問題につれられて終始している。それがゆえに、

^①レスターM. サラモン、H.K. アンハイア (Lester M. Salamon & Helmut K. Anheier)、『台頭する非営利セクター』今田忠訳、ダイヤモンド社、1996年、3ページ。

^②萩原康夫、1995、『アジアの社会福祉』、中央法規出版、3ページ。

^③萩原康夫、『アジアの社会福祉』、中央法規出版、1995年、3-4ページ。

^④平山卓、1979年、「福祉水準の国際比較：最新統計による保健、老後保障」、『季刊フォーラム』22。

社会福祉をめぐって、絶対的な貧困問題なのか、それとも相対的な格差を問題なのかについての議論が十分ではない。その結果、永遠に「弱者」と「強者」という二元構造に依拠する福祉制度改革に終始するのである。つまり、二元構造的な福祉制度は、「貧困層」や「弱者グループ」を永遠に前提とし続けなければならない。

(二) 二元構造をこえる社会的実践：福祉社会の建設

社会福祉の理念は、貧困層をなくす、平等の社会を築くということである。その特徴は、対人関係というよりも、「弱者」、「貧困層」、「介護される対象」、「援助する側」、「公共サービス提供する側」、「国家的行為」といったようなAとB同士の関係なので、対諸個人の福祉効果の分析方式では、援助される側のグループ的存在の意味おいびその主体性が見えてこない。その結果、「無縁社会」に象徴されたように、個人対国家（または法的装置）の構造によって、社会的倫理が大きく変わってきた。一方的にいかにして福祉システムからそのメリットを得る福祉制度では、福祉システムとして不完全であり、それはまた、福祉倫理の問題が残されている。

高齢者ケアの実践をめぐって、まずその基盤が何かということは常に問題となる。特に、それを取り巻く社会的環境に視線を入れて考えた場合、上記のいくつかの事例で伺えたように、中国の農村地域では自分らの伝統を生かすという社会性があるに対して、日本の場合では、家制度や互助制度などの伝統を取り戻すことはもはや不可能であろう。その結果、コミュニティづくりが発達してきた。

「市場」、「国家」、「社会」という概念は、人類学および社会学でいう「意味の島々」^①をなしている。以上のような村おこし運動や地方自治体づくりや「新村建設」やNGO団体の改革などから伺えたように、「意味の島々」の間で互いが互いに理解とコミュニケーションを可能にする試みが社会づくりなのである。ここでいう「社会」とは、ここでは「市場」と「国家」と結びつく媒介的な意味なのである。具体的に、第一、人々はそれぞれの日常生活の中で社会福祉のニーズをつくる立場にある。第二、社会福祉を受ける諸個人または家族は、「市場」と「国家」を経験しており、また「市場」と「国家」を支える社会福祉の基盤である。第三、その補完として、第三セクター、いわばNGO(NPO)やボランティア活動は、そのような福祉社会を築いていく具体的な実践がなくてはならないのである。

^①エビアタ・ゼルバベル(Eviatar Zerubavel), *The Fine Line*, Chicago: University of Chicago Press, 1991.

(三) 福祉文化への認識

国際社会福祉の比較研究は、ある基準（たいてい欧米基準）にあわせて世界各国にランキングをつけるという研究スタンスほど乱暴なものはない。それは主体性が日増しに強まる社会において、福祉ニーズの起こりは社会と文化に由来するが、その創造力の源は往々にして社会の最下層や現場にあるからである。それについて以下三点取り上げる。

(1) 近代科学派は西欧文化中心の単一モデルにすぎない。具体的にいえば、福祉、再分配、開発学派は西欧文化中心の単一文化モデルの一変種にすぎない。そして、これらの仮説に本質的に欠落しているのは第三世界の諸民族の土着文化を尊重する姿勢であると指摘するのが、ティエリ・ヴェルヘルスト (Thierry Verhelst) である。^①

(2) 西欧文化から来た経済、社会、国家という三つの柱の中で、個人の「生命権」(bio-power) を中心とした福祉思想、いわば人道主義に位置づけた西洋モデルは、いわば他の国々はその発展の延長線上にあるという「従属論」的な発想である。その従属論には個人解放モデルではあるが、その研究には具体性と実践性が欠ける。

(3) 高齢化社会の現象としては、中国と日本、いや福祉大国全体に共通しているが、その成因、そしてそれを取り巻く社会的環境が異なる。要するに、問題発生は地域的かつ文化的であって、国際的立場からという問題ではない。高齢者社会問題の対応において、普遍主義の認識論は科学的理性の立場から「客観性」を保つことである。まさに「主体」の主観的な色彩を方法(論)によって払拭するため、人間の感情や価値観を無視する知的権力の優越性の表れともいえる。これまでの社会福祉制度は、受益者(例えば高齢者など)を弱者や貧困人口のように扱い、まるで「知的障害者」であるかのようにみなしてきた。これは、政治・経済的色彩を帯びた一方的なもので、「知的覇権」の二元構造を維持する制度的思考である。それはまさしくケアされる側の主体的存在の客観性を拒否している。こうした制度を抜本的に見直す努力が求められている。

日本鳥取県智頭町の「ひまわりシステム」、中国広西省六巷郷ダイヨウ山にある「日常生活を営む輪」は、みなA「(強)対B(弱)」といった二元構造を超えた試みである。強弱関係の構造では、弱者は常に必要とされる構造として成り立つ。「輪」という彼らの実践では、ご高齢の方でも主役を演じられ、同じく社会的営みの主体なのである。要は、福祉社会を築くという実践から見た健康情報の伝達」の実践的意義は一種の「福祉文化」であって、「福祉文化」は、地域的文化を生かした開発に基づ

^①萩原康夫、1995年、『アジアの社会福祉』、中央法規出版、7ページ。

いて、社会を築く。この輪のまわりに「ひまわりシステム」で見たように、政府や企業やNGO団体は、基本的にそういう福祉社会をサポートし、その「輪」特有の福祉文化をつくりだし、その「輪」の精神的な内包をいっそう色濃く描ける立場にあるのである。

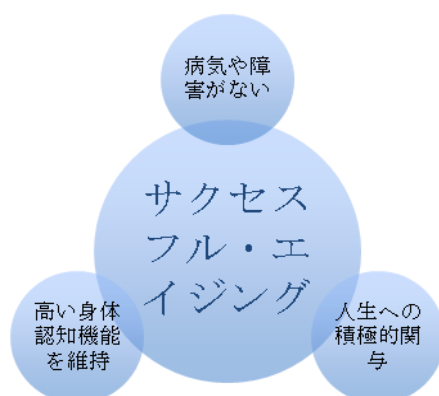


図8：サクセスフル・エイジング (Rowe & Kahn, 1987 により)

ローウェーとケーンに描かれた「成功の高齢者」には、三つの柱になっている。上野千鶴子らは、これは今にも説得力のある理念であると考えている。^①

「人生への積極的関与」が本文に直接に関係する。本文では、「生きる」という意味をさらに次のようにまとめる。

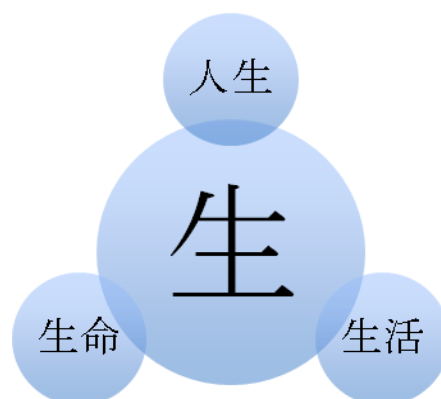


図9：生きる

英語文化圏では、「ライフ」(life)という言葉は一つの意味しかない。しかし漢字文化圏である中国人と日本人にとって、ライフはより深い意味を持ち、①信仰に伴う人生哲学②命を保つ科学③世俗のさまざまな社会関係を維持する日常の営み—の三つの側面を内包する。高齢者にとっては、この三つはいずれも欠かせないも

^①上野千鶴子など、2008年、『ケアという思想』、岩波書店、183ページ。

のである。高齢者ケアをめぐる福祉制度の改革も同じく、二元構造を乗り越えて、この三つの分野の有機的なつながりが完全な「生命の輪」を構成してこそ、「福祉社会」づくりに向けた新たな福祉モデルとなりうるのである。

参考文献

- ティエリ・ウェルヘルスト、1994年、『文化、開発、NGO-ルーツなくして人も花も生きられない』、木村健康他訳、新評論、173ページ。
- レシター・M. サラモンとH.K. アンハイアー、1996年、『台頭する非営利セクター』、今田忠訳、ダイヤモンド社。
- 王春光、2012年、『社会政策評論：福祉の行方』（総第三集）、社会科学文献出版社。
- 王春光、2013年、『社会政策評論：コミュニティ開発とコミュニティの福祉』（総第四集）、社会科学文献出版社。
- 蒲生正男、1979年、「日本のイエとムラ」、大林太郎監修、『世界の民俗13 東アジア』平凡社、23～43ページ。
- 久塚純一、1997年、「社会保障の方法論的課題」、『週刊社会保障』No. 1943。
- 厚生労働省編、『厚生労働白書：社会保障の検証と展望』、2011（平成23）年。
- 山田信行、1985年、「福祉国家形成における差異と偏差：類型論の射程と限界」、『社会学評論』49。
- 施利平、2012年、『戦後日本の親族関係：核家族化と双系化の検証』、勁草書房。
- 宗金文、2007年、『日本の農村における社会保障』、中国社会科学出版社。
- 秋山哲男、1993年、「福祉の町づくりと地域交通システム」、『地域開発』347。
- 春日キスヨ、2010年、『変わる家族と介護』、講談社現代新書。
- 庄司千恵子、2005年、「農村高齢者の日常生活にみられる孤独のメカニズム」、『現代社会学研究』、第18巻。
- 上野千鶴子、2008年、『老いる準備：介護することされること』、毎日文庫。
- 上野千鶴子など、2008年、『ケアという思想』、岩波書店。
- 杉森創吉、1982年、「対人福祉サービスの国際比較に関する視点と枠組みについて（覚え書き）」、『社会事業の諸問題』28。
- 杉萬俊夫、2006年、『コミュニティのグループダイナミクス』、京都大学学術出版会。
- 西川裕子、「近代家族と家族モデル」、『エステティア2 [特集] 家族・社会・国家』、ミネルヴァ書房、2001年。
- 青木邦男、2001年、「在宅高齢者の孤独感とそれに関する要因：地方都市の調査研究から」、『社会福祉学』1。
- 野尻武敏、1997年、『第三の道』、晃洋書房。
- 孫希有、2010年、『サービス型社会の到来』、中国社会科学出版社。
- 大谷順子、2007年、『国際保健政策からみた中国：政策実施の現場から』、九州大学出版会。
- 中国社会科学院社会学研究所編、2013年、『社会学研究』（3）。
- 中沢孝夫、『“地域人” まちづくり』、講談社現代新書、2003年。

- 天野正子、2006年、『老いへのまなざし：日本近代は何を見失ったか』、平凡社。
- 都村敦子、1990年、「日本の選択、西欧型か米国型か」、『日本経済研究』20。
- 萩原康夫、1995年、『アジアの社会福祉』、中央法規出版。
- 平山卓、1979年、「福祉水準の国際比較：最新統計による保健、老後保障」、『季刊フォーラム』22。
- 埋橋孝文、1994年、「生活（豊かさ、貧困、ライフコース）の国際比較に向けて」、『国際経済労働研究』838。
- 埋橋孝文、1995年、「福祉国家の類型論と日本の位置：Esping Andersen の諸説を手がかりにして」、『大原社会問題研究所雑誌』445。
- 埋橋孝文、1999年、「福祉国家の日本モデル：『現代福祉国家之国際比較』の書評に答えて」、『経済学雑誌（大阪市立大）』99-5/6。
- 木村武司、1984年、「「行政改革」の基本的性格：国際比較からみた評価の試み」、『社会政策学会年報』（兵藤ほか編、お茶の水書房）28、3-28ページ。
- 羅紅光、2013年、「“家族福祉”文化と中国の福祉制度の立て直し」、『社会学研究』（3）。
- 落合恵美子、1989年、『近代家族とファミニズム』、勁草書房。
- 于建明、2013年、『中国都市部における中年期男女の夫婦関係に関する質的研究：ライフコース論の視点から』、日本僑報社。
- 広井良典、沈潔編、2009年、『中国と日本における社会保障制度の比較と教訓』、中国労働社会保障出版社。

Eviatar Zerubavel, *The Fine Line*, Chicago: University of Chicago Press, 1991.

The Task Ahead for the Cities of the Developing Countries, *Staff Working Paper No. 209*, The World Bank, July 1975.

映像

- 杉万俊夫、2010年、『集団力学：活力ある組織とコミュニティを創る（実践編）』（ビデオ）、公益財団法人 集団力学研究所出品。
- 羅紅光、2013年、『一个村級養老院的院壁内外』（日本語名：『ある村レベルの敬老院の壁の内と外』）（ビデオ）、中国社会科学文献出版社。

附属書：高齢化に関する法律法規、政策文書、標準規則及び研究報告集

(1) 法律

1. 高齢者権益保障法

<http://www.nhfpc.gov.cn/jtfzs/s3580e/201307/6de2e73ecd1b4cdb8530c468d431cfba.shtml>,

2. 社会保険法(JETRO ウェブサイトより)

http://www.gov.cn/flfg/2010-10/28/content_1732964.htm,

(2) 政策・制度

3. 高齢者事業発展「第 12 次 5 五カ年計画」

http://www.gov.cn/zwgk/2011-09/23/content_1954782.htm,

4. 社会養老サービスシステム構築計画(2011-2015 年)

http://www.gov.cn/xxgk/pub/govpublic/mrlm/201112/t20111227_64699.html,

5. 民間資本の高齢者サービス分野への参入を奨励及び誘導に関する意見

<http://fss.mca.gov.cn/article/zcwj/201207/20120700336902.shtml>,

6. 養老サービス業の発展を加速することに関する国务院の若干の意見

http://www.gov.cn/zwgk/2013-09/13/content_2487704.htm,

7. 「社会保険法」実施の若干規定(JETRO ウェブサイトより:「参考資料 2」)

http://www.gov.cn/flfg/2011-06/30/content_1896608.htm,

8. 企業従業員基本養老保険制度(JETRO ウェブサイトより:「参考資料 3」)

http://www.zj-l-tax.gov.cn/art/2007/11/29/art_459_3380.html,

9. 新型農保の試行にかかる指導意見

http://www.gov.cn/zwgk/2009-09/04/content_1409216.htm,

10. 農村五保扶養工作条例 http://www.gov.cn/zwgk/2006-01/26/content_172438.htm,

11. 都市従業員基本医療制度の確立に関する国务院の決定(JETRO ウェブサイトより:「参考資料 4」)

http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm,

12. 中国障害者事業十二五発展綱要 http://www.gov.cn/jrzg/2011-06/08/content_1879697.htm,

13. 高齢者優遇事業のいっそうの強化に関する意見

<http://zhengwu.beijing.gov.cn/gzdt/gggs/t1336437.htm>,

14. 民政部の養老サービス連携とカウンターパート支援メカニズムの確立に関する意見

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201312/20131200565536.shtml>,

15. 民政部の養老サービス評価活動の推進に関する指導意見

<http://jnjd.mca.gov.cn/article/zjyd/zcwj/201310/20131000525820.shtml>,

16. 国务院弁公庁、政府による社会的事業者からのサービス購入に関する指導意見

<http://www.bnu1.org/news/meiti/1873.html>,

17. 国务院の健康サービス業発展促進に関するいくつかの意見

http://www.gov.cn/zwgk/2013-10/14/content_2506399.htm,

18. 国务院の都市住民社会年金保険のモデル事業展開に関する指導意見

http://www.gov.cn/zwgk/2011-06/13/content_1882801.htm,

19. 民政部の公的養老サービス機構改革モデル事業の展開に関する通知

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201312/20131200565532.shtml>,

20. 養老サービス業総合改革モデル事業の展開に関する通知

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201401/20140100573200.shtml>,

21. 養老サービス業標準化確立計画(2013-2017年)(審査送付稿)

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC4QFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles2.mca.gov.cn%2Ffss%2F201312%2F20131212100936966.docx&ei=B9cCU9PWO4mRkQXi_4GYCg&usg=AFQjCNGKAp0s1rA6AKEV4n1G4C1GGLwtsg&bvm=bv.61535280,d.dGI,

22. 民政部、標準化管理委員会、商務部、質検総局、老齡弁の養老サービス標準化業務の強化に関する指導意見 <http://fss.mca.gov.cn/article/tzgg/201402/20140200585736.shtml>,

(3) 基準・規則

23. 高齡者社会福祉施設基本規範

<http://fss.mca.gov.cn/article/ywbz/200712/20071200005095.shtml>,

24. 国家職業技能基準 養老介護員(2011年版)

<http://shfl.mca.gov.cn/article/bzgf/lnfl/200809/20080900019927.shtml>,

25. 護理院基本標準(2011年版) <http://www.moh.gov.cn/mohyzs/s3593/201103/50988.shtml>,

26. 高齡者建築設計規範 http://www.ytjs.gov.cn/uploadfiles/15_JGJ122-1999.pdf,

27. 社区高齡者デイサービスセンター建設基準

<http://files2.mca.gov.cn/www/201104/20110428163414710.pdf>,

28. 養護老人ホームの建設基準 <http://files2.mca.gov.cn/www/201104/20110428163327233.pdf>,

29. 農村敬老院施設管理暫定弁法 http://www.gov.cn/ztl/2005-12/31/content_143926.htm,

30. 養老機構の安全管理 <http://files2.mca.gov.cn/fss/201306/20130603083429958.pdf>,

31. 養老機構設立許可弁法

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480075.shtml>,

32. 養老機構管理弁法

<http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/201306/20130600480076.shtml>,

33. 中央特別宝くじ公益金農村幸福院支援プロジェクト管理規則

http://www.gov.cn/gongbao/content/2013/content_2455239.htm,

34. 高齡者居住用建築物設計標準

<http://www.zys168.net/Upload/DownLoad/DownLoadFile/201071696938.pdf>,

(4) 報告書

35. 養老サービス業標準体系の枠組研究報告(審査送付稿)

<http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Ffiles2.mca.gov.cn%2Ffss%2F201312%2F20131212101001413.doc&ei=kNcCU6bZDsavkAXZg4AI&usg=AFQjCNFD0M2KGhdhZRZE4TIM3JgXIK2FXw&bvm=bv.61535280,d.dGI>,

※上記法令・規程の一部の和訳は以下の JICA ホームページに掲載されている。

<http://www.jica.go.jp/china/office/others/issues/shiryu.html>

